

DÉCLARATION D'UNE SÉROCONVERSION VIH AU COURS D'UN TRAITEMENT PAR EMTRICITABINE / TÉNOFOVIR DISOPROXIL DANS LE CADRE D'UNE PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION AU VIH (PrEP)

A adresser conjointement au CRPV dont vous dépendez et au CNR VIH, Hôpital Saint-Louis, Paris (marie-laure.chaix@aphp.fr)

Clinicien déclarant :

Nom :

Adresse e-mail :

Tél :

Cadre d'exercice :

Hôpital (nom, service, ville) :

CeGIDD (nom, adresse) :

Libéral (adresse) :

Initiales du patient : - (Nom-Prénom)

Date de naissance :

Sexe : H F Transgenre H vers F Transgenre F vers H

Mode(s) probable(s) de contamination :

Rapports sexuels entre hommes Rapports hétérosexuels Usage de drogues injectables

Autre, préciser :

Inconnu

Lieu probable de contamination : France métropolitaine France d'Outre-Mer

Autre pays, préciser :

Estimation possible de la date de la contamination :

Oui, préciser : Non

Date d'initiation du traitement par Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil :

Schéma de prise : Quotidien Autre, préciser :

Date de la dernière visite médicale de suivi avec prescription :

Date de la dernière sérologie VIH négative :

Charge virale recontrôlée à cette date : Oui, préciser le résultat : Non

Date de la dernière prise de l'Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil :

Nombre de comprimés pris : - au cours de la dernière semaine :

- au cours du dernier mois :

Observance à Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil déclarée par le patient, selon le schéma de prise :

Prise de toutes les doses Prise de la plupart des doses Prise d'environ la moitié des doses

Prise de très peu de doses Aucune prise

Dosages plasmatiques de l'Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil, si réalisés :

Prise de traitements concomitants :

Oui, préciser :

Non

Prise de substances psychoactives :

Oui, préciser :

Non

Dates et résultats des examens virologiques successifs :

| Date (jour/mois/année) | Sérologie VIH (ELISA 4 ^e génération) | | | | ARN VIH plasm. (copies/mL) | Nombre de CD4 (/mm3) |
|---------------------------|--|-------|--------|----|----------------------------------|----------------------------|
| | Nom du test 4G | Ag/Ac | Ag p24 | Ac | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Type de virus : VIH-1 VIH-2 Non identifié

Date de début du traitement antirétroviral à visée thérapeutique : [] [] [] [] [] [] [] []

Préciser le traitement prescrit :

Coordonnées du laboratoire ayant réalisé le diagnostic d'infection à VIH (Nom / adresse / Tél.) :

.....

.....

Génotypage de résistance du VIH-1 : Date de réalisation : [] [] [] [] [] [] [] []

Mutations de résistance : Oui, préciser : M184V/I K65R/E/N K70E

Autres, préciser : Non

Coordonnées du laboratoire ayant réalisé le génotypage (Nom / adresse / Tél.) :

.....

.....

Analyse du cas par le clinicien/virologue : s'agit-il d'une séroconversion suite à l'initiation d'une PrEP en phase de primo-infection non diagnostiquée ? Oui Non

Si non, préciser :

.....

.....