

# DÉCLARATION D'UNE SÉROCONVERSION VIH AU COURS D'UN TRAITEMENT PAR TRUVADA 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](mailto: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 Truvada : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

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 Truvada : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

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

- au cours du dernier mois : .....

## Observance au Truvada 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 du Truvada, si réalisés : .....

Prise de traitements concomitants :

Oui, préciser : .....

Non

Prise de substances psychoactives :

Oui, préciser : .....

Non

Dates et résultats des examens virologiques réussis :

Date (jour/mois/année)	Sérologie VIH (ELISA 4 <sup>e</sup> génération)			ARN VIH plasm. (copies/mL)	Nombre de CD4 (/mm <sup>3</sup> )
	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 / Tel.) : .....

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 : .....

.....

.....