



CTU-0091

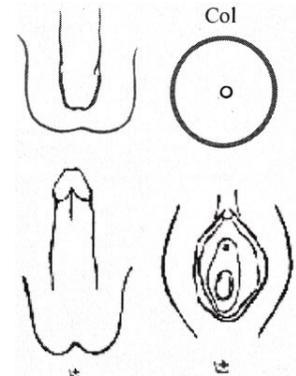
Nom, prénom : _____

Dossier : _____ DDN : _____

5. EXAMEN PHYSIQUE Ne veut pas d'examen / **N/A**S.V. (si applicable) : _____

_____TV et bimanuel : _____
_____Punch rénal: + - KOH: + - BHCG urinaire : + - pH vaginal : _____
Bâtonnet urinaire : _____

Impression :

**6. PRÉLÈVEMENTS ET ÉTIQUETTES** N/A Consentement verbal obtenu

CSI

CSTU

- **PCR endo** (chlam-gono ♀)
- **CHLGPCR** (urine chlam-gono ♀ ♂)
- **Syprpr1** (sérologie syphilis)
- **HIV**
- HCV (VHC)
- PCR gorge (gono gorge)
- PCR anal (chlam-gono anus)
- GONO (culture gono)

- HCGQ (hormones grossesse)
- Vag (tricho, VB, candida)
- TRICO (tricho)
- HBsAG (VHB)
- HEPBIgG (immunité VHB)
- URI (analyse urine)
- U (culture urine)
- Her (culture VHS)
- Cytovag (PAP test)

- **PCRCOL** (chlam-gono-trico ♀)
- **PCRVAG** (autoswab chlam-gono, trico ♀)
- **PCRURIF** (urine chlam-gono ♀)
- **PCRH** (urine chlam-gono ♂)
- **VDRL-RPR** (sérologie syphilis)
- **VIH**
- PCRAUTRE (gorge/anus)
- Gonot (culture gono autre)
- Gonou (culture gono urête)
- Gonoc (culture gono col)

- HCV (VHC)
- HCG (hormones grossesse)
- SV (VB, candida)
- HBSAG (VHB)
- ACHBS (immunité VHB)
- Uri (analyse urine)
- U (culture urine)
- CVHS (culture VHS)
- Cytogyne (PAP test)
- HPV (auto-test VPH)

7. TRAITEMENTS N/ADate de traitement : _____ O.C. N° : _____ Syphilis (stade) : _____ Refuse
Rx : _____ En attente des résultats Éviter la consommation d'alcool 24 à 48H suivant la prise orale de métronidazole (Flagyl) Abstinence/port du condom x 7 jours (ou jusqu'à la fin du traitement ET jusqu'à résolution des symptômes)**8. PARTENAIRE(S)** Ne veut pas répondre / **N/A** IPPAP complété selon la période de recherche Avisera ses partenaires lui-même**9. MOYEN DE CONTACT ET NOTES COMPLÉMENTAIRES**Tél : _____ Messenger/Autre : _____ Matériel de prévention donné Encouragé à s'informer de ses résultats Reconsulter si persistance des symptômes Voir notes infirmières Médecin consulté, VFS ou notes Suivi prévu

Signature et N° de permis : _____ Date et heure : _____

DÉCLARATION MADO À LA RÉCEPTION DES RÉSULTATSRésultat(s) + : Gonorrhée Chlamydia Syphilis : _____ Autre : _____ CSS faxée (+ contacts via courriel si syphilis) à stbbi.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca + conseiller.ère local.e, si applicable

Signature et N° de permis : _____ Date et heure : _____

→ Coller les étiquettes ici →