

FEUILLE DE NOTES IPPAP

Date: _____ Communauté d'appartenance: _____

Nom, prénoms cas index/personne dépistée: _____ Sexe : ♀ ♂ Date de naissance : _____ N° de dossier : _____

Résultat(s) positif(s) pour (infection) : Gonorrhée Chlamydia Syphilis Autre: _____

Informations sur les partenaires

Nom, prénom : Sexe : ♀ ♂ Date de naissance : N° de dossier : Moyen de contact : Date de la dernière relation sexuelle : Communauté d'appartenance : Autre information pertinente :	Nom, prénom : Sexe : ♀ ♂ Date de naissance : N° de dossier : Moyen de contact : Date de la dernière relation sexuelle : Communauté d'appartenance : Autre information pertinente :
Nom, prénom : Sexe : ♀ ♂ Date de naissance : N° de dossier : Moyen de contact : Date de la dernière relation sexuelle : Communauté d'appartenance : Autre information pertinente :	Nom, prénom : Sexe : ♀ ♂ Date de naissance : N° de dossier : Moyen de contact : Date de la dernière relation sexuelle : Communauté d'appartenance : Autre information pertinente :
Nom, prénom : Sexe : ♀ ♂ Date de naissance : N° de dossier : Moyen de contact : Date de la dernière relation sexuelle : Communauté d'appartenance : Autre information pertinente :	Nom, prénom : Sexe : ♀ ♂ Date de naissance : N° de dossier : Moyen de contact : Date de la dernière relation sexuelle : Communauté d'appartenance : Autre information pertinente :

Notes : _____

Pour toute suspicion et tout cas de syphilis, acheminer les informations sur les partenaires de la personne atteinte (cas index) par courriel ou en faxant cette feuille de note à la DSPu à: stbbi.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca

Reporter chaque partenaire sur un formulaire IPPAP individuel ou dans l'outil Excel de suivi et détruire ce document par la suite.

NE PAS CLASSER AU DOSSIER