

# 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](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 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 a l'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 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 : .....