

AUTO-QUESTIONNAIRE POUR

LE DEPISTAGE DES IST SANS ORDONNANCE 18/25ans

PATIENT :

Nom

Prénom.....

DDN.....

DATE :

Test IST en laboratoire 18/25 ans

Ce document fait office de PJ sous SCOR dans le cadre du dépistage des IST sans ordonnance

Dépistages réalisés :

- Sérologie VIH
- Sérologie Hépatite B
- Sérologie Syphilis
- Chlamydia trachomatis / N.gonorrhoeae par PCR 1 site
- Chlamydia trachomatis / N.gonorrhoeae par PCR 2 sites
- Chlamydia trachomatis / N.gonorrhoeae par PCR 3 sites

SIGNATURE DU PATIENT :

(Au-delà de 25 ans remboursement avec attestation/carte vitale et mutuelle)

- ① Veuillez **entourer les réponses (Oui/Non/Je ne sais pas)** aux questions du logigramme
- ② Si un dépistage vous est proposé : **cocher** éventuellement **les cases (☐)** selon votre situation pour bénéficier d'**un bilan adapté**

Avez-vous l'un des symptômes d'IST suivants ?

- Douleurs quand vous urinez
- Douleurs au niveau du bas ventre et/ou saignement vaginaux inhabituels
- Lésions, plaies, boutons dans les parties génitales
- Sécrétions vaginales inhabituelles ou malodorantes
- Écoulement visible du pénis
- Douleurs soudaines dans les testicules

Non

Oui

Avez-vous eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ou souhaitez-vous arrêter le préservatif avec votre nouveau ou nouvelle partenaire ?

Oui

Non

Votre partenaire a-t-il été testé positif à une ou plusieurs infections sexuellement transmissibles ?

Oui

Je ne sais pas

Non

Pas de dépistage nécessaire

Un bilan de dépistage est proposé :

Prise de sang :

- VIH
- Syphilis
- Hépatite B (**A cocher** si vous n'êtes pas vacciné contre l'hépatite B ou si vous ne savez pas)

Auto-prélèvement(s) :

- 1^{er} jet urinaire ou vaginal
- Anal (**A cocher** si rapports anaux non protégés)