



Déclaration des maladies infectieuses SIDA

Avis important : Le formulaire dûment rempli, daté et signé est à envoyer à la Division de l'Inspection Sanitaire à l'adresse figurant dans l'en-tête.



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](http://adobe.com).

1. Médecin

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Signalétique du médecin

Code médecin* :

Nom* :

Prénom* :

Spécialité* :

Adresse professionnelle

Numéro* :

Rue* :

Code postal* :

Localité* :

Pays* :

Contact du médecin

Téléphone :

Adresse e-mail :

Signature du médecin

Fait à* :

Le* :

(signature)



2. Patient

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Signalétique du patient

Numéro d'identification national :

(Matricule)

ou pas de numéro d'identification national

Nom actuel* :

Prénom* :

Date de naissance :

Âge :

ans

Sexe :

Homme

Femme

Autre

Profession :

Adresse du patient

Numéro* :

Rue* :

Code postal* :

Localité* :

Pays* :

Contact du patient

Téléphone :

Adresse e-mail :

Patient mineur ou inapte ?

Oui

Non

Contact tuteur/tutrice

Nom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adresse e-mail :



3. Informations sur la maladie

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Critères cliniques

Nom de la maladie* :

Informations générales sur la maladie

Classification :

 Probable Possible Confirmé Inconnu

Date du diagnostic* :

Traitement démarré :

 Oui Non Non applicable Inconnu

Hospitalisation :

 Oui

à l'Hôpital/Clinique* :

 Non

du* :

au* :

Statut vital :

 En vie Décédé suite à la maladie Décédé suite à une cause différente

Date du décès :

Remarques du médecin :



4. Informations sur la maladie (cont.)

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Critères cliniques

Nom de la maladie (rappel) :

Informations spécifiques à la maladie

Date du premier test VIH positif :

Type VIH : VIH1 VIH2 VIH1 et VIH2 Inconnu

Date début des premiers symptômes : Jour : Mois : Année :

Manifestations cliniques :

Indicateurs SIDA :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cancer invasif du col | <input type="checkbox"/> Leuco-encéphalite multifocale progressive |
| <input type="checkbox"/> Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire | <input type="checkbox"/> Lymphome cérébrale primaire |
| <input type="checkbox"/> Candidose de l'oesophage | <input type="checkbox"/> Lymphome de Burkitt |
| <input type="checkbox"/> Coccidioidomycose disséminée ou extrapulmonaire | <input type="checkbox"/> Lymphome immunoblastique |
| <input type="checkbox"/> Cryptococcose extrapulmonaire | <input type="checkbox"/> Lymphome, non spécifiée |
| <input type="checkbox"/> Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois | <input type="checkbox"/> Pneumonie à pneumocystis carinii |
| <input type="checkbox"/> Cancer invasif du col | <input type="checkbox"/> Pneumonie interstitielle lymphoïde chez un enfant < 13 ans |
| <input type="checkbox"/> Encéphalopathie due au VIH | <input type="checkbox"/> Pneumopathie bactérienne récurrente |
| <input type="checkbox"/> Histoplasmose disséminée ou extrapulmonaire | <input type="checkbox"/> Rétinite à CMV |
| <input type="checkbox"/> Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions) | <input type="checkbox"/> Sarcome de Kaposi |
| <input type="checkbox"/> Infection à Mycobacterium avium complex or M. kansasii, disséminée ou extrapulmonaire | <input type="checkbox"/> Septicémie à salmonelle non typhi récurrente |
| <input type="checkbox"/> Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire | <input type="checkbox"/> Syndrome de dépérissement lié au SIDA |
| <input type="checkbox"/> Infection à Mycobacterium tuberculosis - extrapulmonaire | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cérébrale |
| <input type="checkbox"/> Infection à Mycobacterium tuberculosis - pulmonaire | |
| <input type="checkbox"/> Infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou oesophagienne | |
| <input type="checkbox"/> Infection(s) opportunistes, non spécifiées | |
| <input type="checkbox"/> Infections bactérienne multiple ou récurrente | |
| <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois) | |

Taux de CD4 au moment du diagnostic :

/ mm3



5. Informations sur la maladie (cont.)

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Critères cliniques

Nom de la maladie (rappel) :

Antécédents

Traitement antiretroviral avant le diagnostic du SIDA :

Oui Non Inconnu

Transmission probable :

Patient hémophile

Contact hétérosexuel

Utilisation de drogues injectables
- avoir injecté même une fois dans sa vie

MSM / homo ou homme bisexuel

Mère - enfant

Nosocomiale

Receveur de sang

Inconnu

Originaire d'un pays avec épidémie généralisée

Relation sexuelle avec un homme bisexuel

Relation sexuelle avec une personne hémophile

Relation sexuelle avec une personne connue d'être infectée et inconnu si la personne appartient à une des catégories énumérées

Relation sexuelle avec une personne utilisant des drogues injectables

Relation sexuelle avec une personne originaire ou habitant dans un pays avec une épidémie généralisée

Forte suspicion d'avoir été infecté par contact hétérosexuel, information sur facteur de risque et partenaire inconnue

Inconnu

Infecté par contact hétérosexuel non connu d'appartenir à une des catégories énumérées

Originaire d'un pays avec épidémie généralisée

Utilisation de drogues injectables - avoir injecté même une fois dans sa vie

Receveur de sang

Non applicable

Autre / indéterminé :

Autres Données

Pays de naissance :

Inconnu

Pays d'origine :

Inconnu

Nationalité :

Inconnu

Date d'arrivée au Grand-Duché de Luxembourg :

Inconnu