



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://www.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 : 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"/> Histoplasmosse 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 :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patient hémophile | <input type="checkbox"/> Originaire d'un pays avec épidémie généralisée |
| <input type="checkbox"/> Contact hétérosexuel | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle avec un homme bisexuel |
| <input type="checkbox"/> Utilisation de drogues injectables
- avoir injecté même une fois dans sa vie | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle avec une personne hémophile |
| <input type="checkbox"/> MSM / homo ou homme bisexuel | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle avec une personne connue d'être infectée et inconnu si la
personne appartient à une des catégories énumérées |
| <input type="checkbox"/> Mère - enfant | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle avec une personne utilisant des drogues injectables |
| <input type="checkbox"/> Nosocomiale | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle avec une personne originaire ou habitant dans un pays
avec une épidémie généralisée |
| <input type="checkbox"/> Receveur de sang | <input type="checkbox"/> Forte suspicion d'avoir été infecté par contact hétérosexuel, information sur
facteur de risque et partenaire inconnue |
| <input type="checkbox"/> Inconnu | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Infecté par contact hétérosexuel non connu d'appartenir à une des catégories énumérées | |
| <input type="checkbox"/> Originaire d'un pays avec épidémie généralisée | |
| <input type="checkbox"/> Utilisation de drogues injectables - avoir injecté même une fois dans sa vie | |
| <input type="checkbox"/> Receveur de sang | |
| <input type="checkbox"/> Non applicable | |
| <input type="checkbox"/> Autre / indéterminé : <input type="text"/> | |

Autres Données

Pays de naissance : Inconnu

Pays d'origine : Inconnu

Nationalité : Inconnu

Date d'arrivée au Grand-Duché de Luxembourg : Inconnu