

# 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)

À adresser conjointement au CRPV dont vous dépendez et au CNR VIH, Hôpital Saint-Louis, Paris (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 Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil :**

**Nombre de comprimés pris :** - au cours de la dernière semaine : .....

- au cours du dernier mois : .....

## Observance au 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 du 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 successifs :**

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 / Tél.) :** .....

.....  
.....

**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 : .....

.....  
.....

\* Ce document concerne les médicaments à base de Emtricitabine / Ténofovir disoproxil : TRUVADA 200 mg/245 mg, comprimé pelliculé et ses génériques. A ce jour, certains génériques ne disposent pas de l'indication PrEP.

Les informations complètes concernant les spécialités à base de Emtricitabine / Ténofovir Disoproxil sont disponibles sur le site internet de la base de données publique des médicaments par le lien suivant : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>