

## Etude « VIH-MG »

Prévalence des facteurs de risque d'acquisition du VIH et des situations cliniques amenant à rechercher une infection par le VIH

Paris, le 16 Juin 2016

Chère consœur, Cher confrère,

Nous vous remercions pour votre participation à l'étude VIH-MG. Cette étude préliminaire d'un projet ANRS a pour objectif d'évaluer la prévalence des facteurs de risque d'acquisition du VIH et des situations cliniques amenant à rechercher une infection par le VIH chez les patients vus en médecine générale en Ile-de-France. Les résultats de ce travail permettront ensuite de réfléchir aux stratégies d'utilisation des TROD.

Il vous est demandé d'inclure les 20 patients âgés d'au moins 18 ans vus successivement un jour donné.

Les jours d'inclusion ont été tirés au sort, pour vous, il s'agira du .....

Si vous ne consultez pas à la date proposée, nous vous demandons d'inclure les patients du prochain jour où vous travaillez.

Si à la fin de la journée, vous n'avez pu inclure 20 patients, merci de poursuivre les inclusions le(s) jour(s) suivant(s), jusqu'à atteindre 20 patients inclus.

Dans le cas où un ou plusieurs patients ne peuvent ou ne veulent être inclus, merci de remplir le motif de non inclusion dans le registre prévu pour cela.

Vous trouverez joint à ce courrier :

- Un très court questionnaire sur votre pratique ;
- Les 20 questionnaires médicaux décrivant les 20 patients inclus ;
- Un registre renseignant les éventuels patients éligibles qui n'auraient pas été inclus dans l'étude.

Merci de nous retourner tous les documents dans l'enveloppe T jointe dès que possible.

Bien entendu, vous serez informé(e) des résultats de l'étude dès qu'ils seront disponibles.

Pour toutes questions, n'hésitez pas à me contacter.

Bien à vous,

Jérémy LAURENT  
Chargé d'étude au réseau Sentinelles  
Interne en santé Publique  
[jeremy.laurent@iplesp.upmc.fr](mailto:jeremy.laurent@iplesp.upmc.fr)  
01.44.73.84.35

**Votre Identification**

**A PROPOS DE VOTRE ACTIVITE DE MEDECIN GENERALISTE :**

- Etes-vous le médecin traitant d'au moins une personne vivant avec le VIH ?
  - Oui
  - Non
  
- Avez-vous participé à une FMC ou un enseignement post-universitaire concernant l'infection par le VIH ?
  - Oui
  - Non

**REGISTRE DE NON-PARTICIPATION : patients éligibles n'ayant pas pu être inclus**

N° patient non inclus	Age	Sexe	Manque de temps	Refus de participation	Autre motif de non-participation
1	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
6	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
7	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
8	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
9	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
10	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
11	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
12	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
13	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
14	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
15	___ans	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## Patient 1

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 2

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 3

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 4

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 5

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 6

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 7

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 8

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 9

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 10

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 11

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 12

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 13

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 14

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b>
<b>Age :</b> _____ ans	<input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb
<b>Régime de protection sociale :</b>	<input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne
AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles
CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Asie
Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Autre : _____

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 15

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 16

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 17

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 18

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 19

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b> <input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Age :</b> _____ ans	
<b>Régime de protection sociale :</b> AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Patient 20

<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Transsexuel	<b>Pays/Région de naissance :</b>
<b>Age :</b> _____ ans	<input type="checkbox"/> France, Europe de l'ouest, Maghreb
<b>Régime de protection sociale :</b>	<input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne
AME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Amérique du Sud/Antilles
CMU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Asie
Aucune <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Autre : _____

### QUESTIONS MEDICALES :

<b>Antécédents connus :</b>	Infection par le VIH déjà connue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : porteur de l'Ag HBs</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Hépatite C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>Si OUI : PCR positive</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Zona	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Infection sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pneumonie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tuberculose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cancer ou dysplasie de l'anus ou du col utérin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Lymphome	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Contexte :</b>	Rapports sexuels non protégés avec plus de deux partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rapports sexuels anaux non protégés avec un/des partenaires occasionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Injection de drogue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Patient ayant déjà effectué un test VIH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problèmes actuels :</b>	Candidose buccale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Leucopénie ou thrombopénie depuis plus de 4 semaines, par ailleurs inexpliquées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Diarrhée depuis plus d'un mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Amaigrissement de plus de 5 kilos dans les 3 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fièvre depuis plus de 15 jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dermite séborrhéique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Syndrome mononucléosique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Merci beaucoup pour votre participation !**