

PERSONNE-SOURCE : COORDONNÉES

Nom-Prénom- Téléphone : _____

Autres informations pertinentes (Lien de parenté, md traitant-clinique, no dossier médical) :

PERSONNE-SOURCE : EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Comportement sexuel à risque élevé | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| Contact sexuel d'une personne connue infectée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| Utilisateur de drogues injectables | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| Tatouage / "body piercing" | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| Personne sous dialyse | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| Originaire d'un pays endémique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| Receveur de produits sanguins
(entre les années 1978 à 1985 -VIH ou < 1990 -VHC) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Inconnu |

PERSONNE-SOURCE : STATUT SÉROLOGIQUE

Hépatite B HBsAg positif négatif Inconnu Date : _____