

ANRS 95050 – ICONE

Cahier d'Observation

RDS - Dépistage

Participant identifiant : C|_|_|_|_|

RDS

1. Date de RDS: |_|_|/|_|_|/|_|_|
2. Initiales de l'investigateur: |_|_|_|
3. Consentement signé: Oui Non
4. Age: |_|_| ans

CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHO-ACTIFS

	5. Dans les 3 derniers jours	5.a Combien de fois dans le dernier mois
Cocaïne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _
Héroïne, morphine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _
MDMA/Ecstasy	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _
Méthamphétamine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _
Amphétamines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _
Méthadone	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _
Buprénorphine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _
Kétamine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _
Méthylphénidate	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _
MCAT (cathinones)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _
MDPV (cathinones)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _

TEST URINAIRE

6. Urines collectées Oui Non
- 6.1. Si Non, donnez la raison:
7. Présence de substances
- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 7.1. COC (cocaïne) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Invalide |
| 7.2. MOR (héroïne, morphine) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Invalide |
| 7.3. MDMA (ecstasy) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Invalide |
| 7.4. MET (méthamphétamine) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Invalide |
| 7.5. AMP (amphétamines) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Invalide |
| 7.6. MTD (méthadone) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Invalide |
| 7.7. BUP (buprénorphine) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Invalide |
| 7.8. KET (kétamine) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Invalide |
| 7.9. MDP (méthylphénidate) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Invalide |
| 7.10. MCAT (cathinones) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Invalide |
| 7.11. MDPV (cathinones) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Invalide |

E L I G I B L E P O U R L ' E T U D E

Pour être éligible le participant doit avoir **au moins 18 ans, oui à Q3, au moins un Oui à Q5 et un « 10 fois » à Q5.1 avec au moins un oui à Q7.**

8. Le participant est-il éligible pour l'étude ICONE ? Oui Non

D E P I S T A G E V I H - V H B - V H C

9. Prélèvement sanguin pour TROD Oui Non

9.1. Si Non, spécifiez pourquoi

.....

10. Antécédents de **dépistage pour le VIH** ? Jamais → Allez à Q11
 < 1 an
 1 à 3 ans
 > 3 ans

10.1. Résultat du dernier test Positif Négatif NSP

10.1.1. Si Positif, traitement antirétroviral actuel Oui Non

10.1.1.1. Si Oui, date d'initiation

|_|_|/|_|_|/|_|_|

10.1.1.2. Régime ARV NSP

10.1.1.3. Structure de suivi NSP

11. Antécédents de **dépistage pour le VHB** ? Jamais → Allez à Q12
 < 1 an
 1 à 3 ans
 > 3 ans

11.1. Résultat du dernier test Positif Négatif NSP

11.1.1. Si Positif, traitement antiviral actuel Oui Non

11.1.1.1. Si Oui, date d'initiation

|_|_|/|_|_|/|_|_|

11.1.1.2. Régime antiviral NSP

11.1.1.3. Structure de suivi NSP

12. Antécédents de **dépistage pour le VHC** ? Jamais → **Allez à Q13**
 < 6 mois
 6 mois à < 1 an
 > 1 an
- 12.1. Résultat du dernier test Positif Négatif NSP
- 12.2. Antécédent de traitement antiviral Oui Non NSP
- 12.2.1. Si Oui, régime?
-
- 12.2.2. Si Oui, durée du traitement |_|_| mois
- 12.2.3. Si Oui, année du traitement (début) |_|_|_|_|

13. **Résultat TROD VIH** Positif Négatif Indéterminé NF
→ Si indéterminé, prise de sang pour sérologie
- 13.1. Si indéterminé, résultat final VIH Positif Négatif NF

14. **Résultat TROD VHB** Positif Négatif Indéterminé NF
→ Si indéterminé, prise de sang pour sérologie
- 14.1. Si indéterminé, résultat final VHB Positif Négatif NF

15. **Résultat TROD VHC** Positif Négatif Indéterminé NF
→ Si indéterminé, faire ARN VHC

A R N V H C (s i T R O D V H C p o s i t i f o u i n d é t e r m i n é)

16. Prélèvement sanguin pour PCR Oui Non
17. Date du test |_|_|/|_|_|/|_|_|
18. ARN VHC Indélectable <10 UI/mL Echec
 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| UI/mL

T R A I T E M E N T A N T I - V H C (s i A R N V H C ≥ 1 0 U I / m L)

19. Eligible pour traitement immédiat Oui Non
- 19.1. Si Non, pour quelle raison ? Délai pour assurance sociale
 Refus
 Délai pour PEC autre infection et/ou pathologies*
 Autre#
- 19.1.1. Si *, quelle(s) pathologie(s) ?
- 19.1.2. Si Autre#, précisez

C O V I D - 1 9

20. Antécédent d'infection par le SRAS-CoV-2 ? Oui Non NSP

21. **Résultat sérologie COVID** Positif Négatif NF