



Date : / / /

# Fiche médicale

N° Identifiant Trans&VIH : | | | | | | |

1. Année de naissance : / / /

2. Poids : / / / kg

3. Taille : / / / cm

## TRANSITION

### 1. Sexe de naissance :

☐<sub>1</sub> Homme

☐<sub>2</sub> Femme

### 2. Genre enregistré dans le dossier médical :

☐<sub>1</sub> Masculin

☐<sub>2</sub> Féminin

 Non renseigné ☐<sub>99</sub>

### 3. L'état civil dans le dossier administratif est-il en adéquation avec le genre vécu :

☐<sub>1</sub> Oui

☐<sub>2</sub> Non

☐<sub>3</sub> Non concerné

### 4. Chirurgie de féminisation

☐ ..... → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ ..... → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ ..... → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ ..... → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### 5. Chirurgie de masculinisation

☐ ..... → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ ..... → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ ..... → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ ..... → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### 6. Chirurgie de réassignation sexuelle

☐<sub>1</sub> Oui, préciser lesquelles :

☐ ..... → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ ..... → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ ..... → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### 7. Complications post chirurgicale de réassignation

☐<sub>1</sub> Oui

☐<sub>2</sub> Non

 Non renseigné ☐<sub>99</sub>

☐ Si oui, préciser : .....

.....

.....

### 8. Pathologies secondaires liées aux interventions de féminisation/ masculinisation

☐<sub>1</sub> Oui → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐<sub>2</sub> Non

 Non renseigné ☐<sub>99</sub>

☐ Si oui, préciser : .....

.....

.....

### 9. Injection de silicone, huiles...

☐<sub>1</sub> Oui → Mois : /\_\_\_/\_\_\_/ Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐<sub>2</sub> Non

 Non renseigné ☐<sub>99</sub>

### 10. Pathologies/problèmes ? en lien avec les injections de silicone, huiles...

☐<sub>1</sub> Oui

☐<sub>2</sub> Non

 Non renseigné ☐<sub>99</sub>

☐ Si oui, préciser : .....

.....

## CARACTERISTIQUES DE LA MALADIE VIH

### 11. Date de diagnostic VIH

Mois : /\_\_\_/\_\_\_/

Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### 12. Mode de contamination

- ☐<sub>1</sub> - Rapports homo/bisexuels  
☐<sub>2</sub> - Usage de drogues injectables  
☐<sub>3</sub> - 1+2  
☐<sub>4</sub> - Rapports hétérosexuels  
☐<sub>5</sub> - Transfusion ou injection de produits anti-hémophiliques  
☐<sub>6</sub> - Autre (dont AES)  
☐<sub>7</sub> - Indéterminé après enquête ou mode de transmission inconnu

### 13. CD4 lors du premier bilan connu

Mois : /\_\_\_/\_\_\_/

Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

CD4 (en nombre absolu / mm<sup>3</sup>) : .....Non renseigné ☐<sub>99</sub>

### 14. Année du 1er traitement antirétroviral (y compris AZT monothérapie) /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐<sub>1</sub> Patient.e jamais traité.e

### 15. Antécédents d'infection opportuniste et/ou de pathologie classante Sida

☐<sub>1</sub> Oui TB

↳ Si oui, année du premier événement classant Sida : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐<sub>2</sub> Oui autre

↳ Si oui, année du premier événement classant Sida : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐<sub>2</sub> Non

### 16. CD4 lors de la mise sous HAART

Mois : /\_\_\_/\_\_\_/

Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

CD4 (en nombre absolu / mm<sup>3</sup>) : .....Non renseigné ☐<sub>99</sub>

### 17. Charge virale VIH lors du dernier bilan connu

Mois : /\_\_\_/\_\_\_/

Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐<sub>1</sub> Indéetectable → Seuil de détection : < à .....☐<sub>2</sub> Détectable → Valeur (en copies/ml) : .....Non renseigné ☐<sub>99</sub>

### 18. CD4 lors du dernier bilan connu

Mois : /\_\_\_/\_\_\_/

Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

CD4 (en nombre absolu / mm<sup>3</sup>) : .....Non renseigné ☐<sub>99</sub>

### 19. Date de la dernière charge virale détectable

Mois : /\_\_\_/\_\_\_/

Année : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Seuil de détection de la technique utilisée : .....

Non renseigné ☐<sub>99</sub>

## COMORBIDITES ACTUELLES OU PASSES

### 20. Diabète (traité ou non)

(Défini par une glycémie à jeun  $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) ou une glycémie  $> 2$ g/l (11,1 mmol/l) à n'importe quel moment de la journée ou à 2h d'une HGPO)

☐ 1 Oui → Année de diagnostic : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ 2 Non

Non renseigné ☐ 99

### 21. Syndrome dyslipidémie

☐ 1 Oui → Année de diagnostic : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ 2 Non

Non renseigné ☐ 99

### 22. Ostéoporose (traitée ou non)

☐ 1 Oui → Année de diagnostic : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ 2 Non

Non renseigné ☐ 99

### 23. Hypertension artérielle (traitée ou non)

☐ 1 Oui → Année de diagnostic : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ 2 Non

Non renseigné ☐ 99

### 24. Pathologie cardiovasculaire

(incluant : infarctus du myocarde, angor stable ou instable, artérite des membres inférieurs, thrombophlébite, accident ischémique transitoire, accident vasculaire cérébral, intervention chirurgicale artérielle)

☐ 1 Oui → Année de survenue du 1<sup>er</sup> événement cardiovasculaire : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ 2 Non

☐ 99 Non renseigné

### 25. Cancer (classant Sida ou non)

☐ 1 Oui → Année de diagnostic : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

☐ 2 Non

Non renseigné ☐ 99

### 26. Hépatite B

☐ 1 Oui

☐ 2 Non

↳ Année de diagnostic : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Non renseigné ☐ 99

↳ S'agit-il d'une hépatite B chronique ? ☐ 1 Oui

☐ 2 Non

Non renseigné ☐ 99

### 27. Immunisation VHB

☐ 3 Ac anti HBs Ac Anti HBc

☐ 4 Ac Anti HBc

Non renseigné ☐ 99

### 28. Hépatite C

☐ 1 Guérie spontanément

☐ 2 traitée Guérie

☐ 3 Traitement en cours

☐ 4 En échec

☐ 5 Pas de traitement

Non renseigné ☐ 99

### 29. Antécédents Syphilis (traitée ou non)

☐ 1 Oui

☐ 2 Non

Non renseigné ☐ 99

### 30. Antécédents Chlamydia (traité ou non)

☐ 1 Oui

☐ 2 Non

Non renseigné ☐ 99

31. Antécédents blennorragie gonococcique (traitée ou non)

☐ 1 Oui      ☐ 2 Non      Non renseigné ☐ 99

32. Antécédents HPV

☐ 1 Oui      ☐ 2 Non      Non renseigné ☐ 99

33. Problèmes de santé mentale

☐ 1 Oui      ☐ 2 Non      Non renseigné ☐ 99

Si oui ➤ Etat anxio-dépressif      ☐ 1 Oui    ☐ 2 Non  
➤ Dépression      ☐ 1 Oui    ☐ 2 Non  
➤ Psychose      ☐ 1 Oui    ☐ 2 Non  
➤ Autres, préciser : .....

34. Problèmes actuels d'addiction

- ☐ 1 Tabac,
- ☐ 2 Alcool
- ☐ 3 Cannabis
- ☐ 4 Médicaments
- ☐ 5 Autre \_\_\_\_\_

35. Autres antécédents d'intérêt particulier

☐ 1 Oui      ☐ 2 Non  
➤ Si oui, préciser : .....  
.....  
.....

TRAITEMENTS

36. Traitement antirétroviral pour le VIH à la dernière prescription (y compris ce jour)

- ☐ 1 Patient.e non traité.e
- ☐ 2 Patient.e naïf.ve de tout traitement
- ☐ 3 Patient.e pré-traité.e en rupture de traitement
- ☐ 4 Patient.e traité.e actuellement

37. Liste des médicaments actuellement prescrits

Antirétroviraux	Nom	Nb de comprimé(s) par prise	Nb de prises par jour

Hormonothérapie	Nom
Hypoglycémiants	Nom
Hypolipémiants	Nom
Antihypertenseurs	Nom
Psychotropes	Nom
Autres traitements	Nom