



À la fin de cette unité, vous serez en mesure de :

POUR L'UTILISATION DU FORMULAIRE DE DÉPISTAGE NOMINATIF

- ❖ Remplir avec précision les formulaires que vous soumettrez aux Laboratoires de Santé publique Ontario (LSPO) concernant les résultats de dépistage rapide du VIH au point de service et la demande de dépistages du VIH additionnels
- ❖ Utiliser les autocollants fournis par le ministère de la Santé pour notifier le LSPO des résultats de dépistage rapide du VIH et pour demander des dépistages additionnels en laboratoire
- ❖ Remplir le registre quotidien afin de maintenir la qualité du dépistage dans votre site



La tenue de dossiers est essentielle

Chaque fois que vous effectuez un test rapide du VIH au point de service pour un-e client, vous DEVEZ :

- ❖ Remplir un Formulaire de réquisition de sérologie du VIH. Ce formulaire est téléchargeable ici : <https://www.publichealthontario.ca/>
- ❖ Créer une entrée pour ce test dans le registre quotidien de votre site

Ces étapes de la tenue de dossier sont essentielles à la fourniture de résultats exacts à vos client-es et au maintien des normes de qualité dans votre site de dépistage.

Toute erreur dans la tenue de dossier sera considérée comme un incident nécessitant une enquête dans votre site. En somme, une tenue de dossiers efficace est nécessaire au maintien de l'approbation de votre site en tant que fournisseur du dépistage.





Réquisition de sérologie du VIH

On utilise ce formulaire lorsqu'un-e client-e demande :

- Un dépistage rapide au point de service effectué dans votre site
- Un dépistage standard du Laboratoire de Santé publique Ontario (LSPO)

Chaque fois que vous effectuez un dépistage au point de service dont le résultat est valide, vous devez soumettre un formulaire au LSPO. Assurez-vous de remplir dûment **tous les champs** du formulaire.

Vous soumettrez **UN** seul formulaire par client-e, même si vous déclarez un résultat de dépistage au point de service et demandez un test de suivi pour fins de confirmation ou de dépistage ultérieur pendant la période fenêtre.

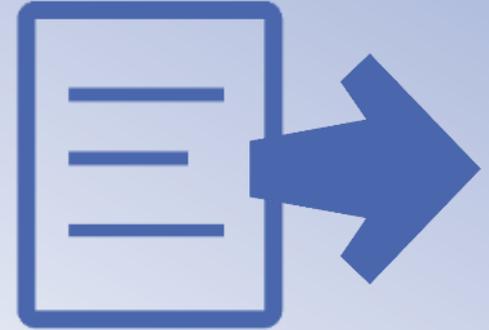
Public Health Ontario / Santé publique Ontario		For laboratory use only	
		Date received yyyy / mm / dd	PHOL No.
HIV and HTLV/HTLVII Serology HIV PCR Test Requisition			
ALL Sections of this Form MUST be Completed			
Submitter		Patient Information	
Courier Code Provider Name/Address: Name Address City & Province Postal code		Health card no.: Date of Birth: yyyy / mm / dd Sex: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> TP* <input type="checkbox"/> TM* *Transsexual or Transgender (P or M) Last name (per health card) First name (per health card) Address: City: Postal code: PHO study or program no. (if applicable): Country (if both):	
Submitter lab no. (if applicable): Clinician Initial / Surname and OHIP / CPSO Number Tel: _____ Fax: _____ cc Doctor/Qualified Health Care Provider Information Name: _____ Tel: _____ Lab/Clinic name: _____ Address: _____ CPSO #: _____ Postal code: _____		Race/Ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> First Nations <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> South Asian (e.g. Indian, Pakistani, Sri Lankan, Punjabi, Bangladeshi, Nepali) <input type="checkbox"/> Southeast Asian (e.g. Chinese, Japanese, Vietnamese, Cambodian, Indonesian, Korean, Filipino) <input type="checkbox"/> Arab/West Asian (e.g. Armenian, Egyptian, Iranian, Lebanese, Moroccan) <input type="checkbox"/> Latin American (e.g. Mexican, Central/South American) <input type="checkbox"/> Other - includes mixed ethnicity, specify: _____	
Specimen Details		Risk Factors (check all that apply)	
Collection date of specimen: yyyy / mm / dd Type of specimen: <input type="checkbox"/> Whole blood <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> ACQUEDIA <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Dried blood spot (HIV PCR only) Tests requested: <input type="checkbox"/> HIV-1/HIV-2 <input type="checkbox"/> HTLV/HTLVII <input type="checkbox"/> HIV PCR (for infant diagnosis <18 mos) Comments: _____		<input type="checkbox"/> Sex with women <input type="checkbox"/> Sex with men <input type="checkbox"/> Injection drug use <input type="checkbox"/> Born in an HIV endemic country (includes countries in sub-Saharan Africa and the Caribbean) <input type="checkbox"/> Child of HIV+ mother Sex with a person who was known to be (check all that apply) <input type="checkbox"/> HIV-positive <input type="checkbox"/> Using injection drugs <input type="checkbox"/> Born in an HIV endemic country (includes countries in sub-Saharan Africa and the Caribbean) <input type="checkbox"/> A bisexual male <input type="checkbox"/> Other (e.g. sharing factor, street transaction, needle stick/occupational, tattoo, piercing), please specify: _____	
Reason for Test (check all that apply)		Previous Test Information	
<input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Prenatal <input type="checkbox"/> Known to be HIV positive (repeat test) <input type="checkbox"/> Pre-exposure prophylaxis <input type="checkbox"/> Symptoms - acute seroconversion (e.g. fatigue, illness, fever, rash) <input type="checkbox"/> Post-exposure prophylaxis <input type="checkbox"/> Symptoms - advanced disease/AIDS <input type="checkbox"/> Infant diagnosis <18 mos <input type="checkbox"/> Sexual assault <input type="checkbox"/> Other, specify: _____ <input type="checkbox"/> Visa/immigration requirement		Last test result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Positive (in Ontario) <input type="checkbox"/> Indeterminate <input type="checkbox"/> Positive (outside Ontario) <input type="checkbox"/> Previous PHOL sample no.: _____	
CONFIDENTIAL WHEN COMPLETED The personal health information is collected under the authority of the Personal Health Information Protection Act, s.18(1)(c)(i) for the purpose of clinical laboratory testing. If you have questions about the collection of this personal health information please contact the PHO Laboratory Manager of Customer Service at 416-225-8556 or toll free 1-877-496-4867. Form No. P-20-503-001 (01/18)			



Formulaire anonymisé

Dans ce module, nous verrons divers scénarios possibles en lien avec la soumission d'un formulaire de sérologie au LSPO. Il pourrait vous arriver de soumettre un formulaire sans échantillon. Cela se produit lorsque :

- ❖ Vous avez effectué un DPS et le résultat est non réactif; il n'est donc pas nécessaire de demander un dépistage de suivi
- ❖ Il y a motif à effectuer un dépistage de suivi, mais votre client-e ne consent pas à soumettre un prélèvement sanguin au LSPO



Dans ces circonstances, votre client-e **ne devrait pas être identifié-e** auprès du LSPO et ses renseignements personnels comme son nom et sa date de naissance ne devraient pas être inclus dans le formulaire (***formulaire anonymisé***). Toutefois, vous devez quand même soumettre une déclaration fournissant des renseignements sur le motif du dépistage et les facteurs de risque du ou de la client-e.



Déroulement des opérations et réquisition de sérologie

- ❖ Remplissez toutes les sections le plus exhaustivement possible
- ❖ Remplissez les sections :
 - Motif du dépistage
 - Renseignements sur le dépistage antérieur
 - Race/Origine ethnique
 - Facteurs de risque



... en discutant avec votre client-e lors de la séance de counseling sur le dépistage du VIH

Ne remplissez pas la section « renseignements personnels » du formulaire de réquisition avant d'avoir terminé le dépistage rapide au point de service. Le résultat du dépistage déterminera si vous devez ou non anonymiser ces renseignements.



Réquisition de sérologie

- ❖ La plupart du temps, la clinique mettra à votre disposition des formulaires pré-imprimés de sérologie du VIH où cette section est déjà remplie.
- ❖ Si vous devez la remplir vous-même : le nom du médecin correspond à celui de la personne titulaire de la directive médicale de votre site; indiquez le numéro de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (CPSO) de cette personne.

Comment faire pour vous procurer des formulaires lorsque vous en avez besoin ou que vos réserves sont épuisées?
Renseignez-vous sur les pratiques en vigueur dans votre site.

Public Health Ontario Santé publique Ontario
HIV and HTLVII/HTLVIII Serology HIV PCR Test Requisition
Submitter
Courier Code
Provide Return Address: Name Address City & Province Postal code
Submitter lab no. (if applicable):
Clinician Initial / Surname and OHIP / CPSO Number
Tel: _____ Fax: _____
cc Doctor/Qualified Health Care Provider Information
Name: _____ Tel: _____
Lab/Clinic name: _____ Fax: _____
CPSO #: _____
Address: _____ Postal code: _____



Champs obligatoires

Dans la plupart des cas, il s'agira d'un dépistage de **routine** – mais vous pourriez identifier d'autres motifs de dépistage, lors de votre entretien avec le ou la client-e, comme l'agression sexuelle ou des symptômes d'infection à VIH aiguë.

Reason for Test (check all that apply)

<input checked="" type="checkbox"/> Routine	<input type="checkbox"/> Prenatal
<input type="checkbox"/> Known to be HIV positive (repeat test)	<input type="checkbox"/> Pre-exposure prophylaxis
<input type="checkbox"/> Symptoms - acute seroconversion (e.g. flu-like illness, fever, rash)	<input type="checkbox"/> Post-exposure prophylaxis
<input type="checkbox"/> Symptoms - advanced disease/AIDS	<input type="checkbox"/> Infant diagnosis ≤18 mos
<input type="checkbox"/> Sexual assault	<input type="checkbox"/> Other, specify: _____
<input type="checkbox"/> Visa/immigration requirement	

Remplissez cette section en vous basant sur les dossiers du ou de la client-e dans votre site OU sur ce que la personne vous dit de ses antécédents.

Previous Test Information

Last test result:

<input type="checkbox"/> Negative	<input type="checkbox"/> Unknown
<input type="checkbox"/> Positive (in Ontario)	<input type="checkbox"/> Indeterminate
<input type="checkbox"/> Positive (outside Ontario)	<input type="checkbox"/> Previous PHOL sample no.: _____

Cette information se trouve souvent dans le formulaire d'admission de votre site. Certains sites peuvent puiser cette information dans leurs dossiers médicaux électroniques et l'imprimer sur l'étiquette d'identification des patient-es.

Country of birth:

Race/Ethnicity:

<input type="checkbox"/> White		
<input type="checkbox"/> Black		
<input type="checkbox"/> First Nations	<input type="checkbox"/> Métis	<input type="checkbox"/> Inuit
<input type="checkbox"/> South Asian (e.g. East Indian, Pakistani, Sri Lankan, Punjabi, Bangladeshi, Nepali)		
<input type="checkbox"/> Southeast Asian (e.g. Chinese, Japanese, Vietnamese, Cambodian, Indonesian, Korean, Filipino)		
<input type="checkbox"/> Arab/West Asian (e.g. Armenian, Egyptian, Iranian, Lebanese, Moroccan)		
<input type="checkbox"/> Latin American (e.g. Mexican, Central/South American)		
<input type="checkbox"/> Other - includes mixed ethnicity; specify:		



Champs obligatoires

Informations recueillies
lors de l'évaluation du
risque du ou de la client-e

Toutes les sections obligatoires du formulaire sont importantes pour aider les responsables provinciaux de la planification à comprendre la répartition des besoins de services de prévention et de soins pour le VIH. Elles ne servent pas au suivi des patient-es.

Risk Factors (check all that apply)

- W Sex with women
- M Sex with men
- I Injection drug use
- E Born in an HIV-endemic country
(includes countries in sub-Saharan Africa and the Caribbean)
- C Child of HIV+ mother

Sex with a person who was known to be (check all that apply)

- H HIV-positive
- 1 Using injection drugs
- 2 Born in an HIV-endemic country
(includes countries in sub-Saharan Africa and the Caribbean)
- 5 A bisexual male
- 0 Other (e.g. clotting factor, blood transfusion, needle stick/occupational, tattoo, piercing), please specify:



Ne remplissez pas la section « renseignements personnels » du formulaire de réquisition avant d'avoir terminé le dépistage rapide au point de service.

Soumission d'un échantillon

- ❖ Assurez-vous d'entrer correctement le numéro de carte Santé (OHIP) du ou de la client-e de même que sa date de naissance complète. Ces informations sont utilisées par les unités de santé publique pour communiquer avec les client-es pour la relance des contacts
- ❖ Assurez-vous que les détails concernant le spécimen sont complets. La date de prélèvement doit être indiquée sur le tube d'échantillon sanguin et sur le formulaire. La date et le nom de la personne doivent **CONCORDER** sur ces deux articles
- ❖ Vous soumettez habituellement un échantillon de sérum (bouchon de couleur rouge) et demanderez un dépistage du VIH1/VIH2

ALL Sections of this Form MUST be Completed

Patient Information	
Health card no.:	Medical record no. (if applicable):
Date of Birth: yyyy / mm / dd	Sex: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> TF* <input type="checkbox"/> TM* <small>*TF=transfemale (M to F); TM=transmale (F to M)</small>
Last name: (per health card)	First name: (per health card)
Address:	
City:	Postal code:
PHO study or program no. (if applicable):	

Specimen Details

Collection date of specimen: ____ / ____ / ____

Type of specimen: Whole blood Serum
 ACD/EDTA Plasma
 Dried blood spot (HIV PCR only)

Tests requested: HIV1/HIV2 HTLVII/HTLVIII
 HIV PCR (for infant diagnosis ≤18 mos)

Comments:



Lorsque vous ne soumettez PAS d'échantillon

Si seul un DPS est effectué, les renseignements fournis au sujet du ou de la patient-e devraient être limités. Si vous ne soumettez pas d'échantillon au LSPO:

- ❖ Indiquez seulement l'année de naissance du ou de la client-e sur le formulaire
- ❖ Utilisez un code d'identification plutôt que le nom complet du ou de la client-e

Suggestion de code

Si vous avez vu Jack Smith le 3 juillet 2019,
le code pourrait être : **JS-03072019**

ALL Sections of this Form MUST be Completed

Patient Information	
Health card no.:	Medical record no. (if applicable):
Date of Birth: yyyy / mm / dd	Sex: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> TF* <input type="checkbox"/> TM* <small>*TF=transfemale (M to F); TM=transmale (F to M)</small>
Last name: (per health card)	First name: (per health card)
Address:	
City:	Postal code:
PHO study or program no. (if applicable):	

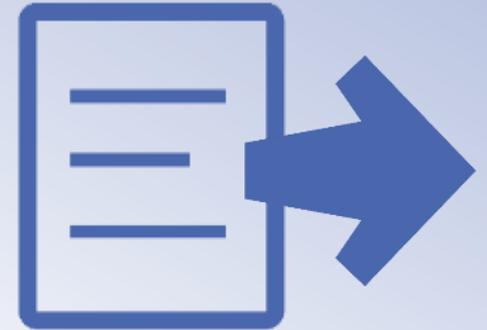
Votre site commandera auprès du Ministère des autocollants pour identifier les formulaires transmis sans échantillon. Nous parlerons du système d'autocollants au moment d'examiner les divers scénarios de dépistage possibles.



Scénarios de dépistage

Voici quelques scénarios de dépistage que vous rencontrerez avec vos client-es :

- 1) Votre client-e demande un dépistage standard (vous ne faites donc pas de dépistage rapide).
- 2) Vous effectuez un dépistage rapide au point de service; le résultat est non réactif et le/la client-e n'est pas dans la période fenêtre.
- 3) Vous effectuez un dépistage rapide au point de service; le résultat est non réactif. Toutefois, le ou la client-e vient d'une population prioritaire et a eu très récemment une exposition à risque élevé (dans les 2 à 4 semaines précédentes), ou il/elle présente des signes d'infection à VIH aiguë.
- 4) Vous effectuez un dépistage rapide au point de service; le résultat est réactif.
- 5) Votre client-e reçoit deux résultats non valides au dépistage au point de service; vous soumettez un prélèvement pour analyse en laboratoire.

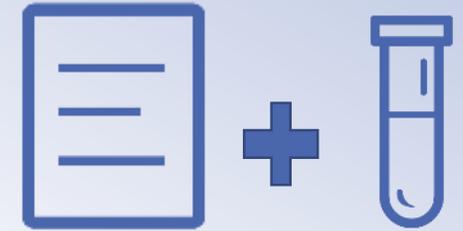




1) Dépistage standard

Certain-es client-es choisiront un dépistage standard plutôt que rapide.
Après counseling et consentement :

- ❖ Prélevez un échantillon de sang dans un tube (bouchon de couleur rouge) et étiquetez-le
- ❖ Remplissez dûment le formulaire, y compris le nom et le numéro de carte Santé (OHIP) du ou de la client-e
- ❖ Assurez-vous que le nom et la date sur l'échantillon correspondent à ceux sur le formulaire.
- ❖ Soumettez l'échantillon et la réquisition; créez une entrée pour ce dépistage dans le registre quotidien si telle est la pratique dans votre site.



**Aucun autocollant
nécessaire**

Fixez un rendez-vous avec le/la client-e dans environ une semaine pour lui donner son résultat.



2) Résultat non réactif au DPS

Après counseling et consentement :

- ❖ **Vous effectuez un dépistage au point de service; le résultat est non réactif et le/la client-e n'est pas dans la période fenêtre**
- ❖ Remplissez la section sur les renseignements personnels du ou de la patient-e en utilisant un code (plutôt que son nom) et son année de naissance; apposez-y un autocollant VERT (« Non réactif »)
- ❖ Soumettez la réquisition; créez une entrée pour ce dépistage dans le registre quotidien
- ❖ Terminez le counseling post-test avec le/la client-e. Fournissez-lui des conseils sur le dépistage ultérieur (suivi pour une exposition à risque élevé ou dépistage de routine)



**Nonreactive
(NO sample)**

Non réactif
(PAS d'échantillon)

NOTE : Un rapport sera produit par le LSPO pour cette soumission; vous pouvez l'ignorer.



3) Résultat non réactif en période fenêtre

Après counseling et consentement, vous déterminez que :

Le ou la client-e vient d'une population prioritaire et a eu très récemment une exposition à risque élevé (dans les 2 à 4 dernières semaines) ou présente des signes d'infection à VIH aiguë.

- ❖ Vous effectuez un dépistage au point de service; le résultat est non réactif
- ❖ Recommandez au ou à la client-e de soumettre un prélèvement sanguin pour un dépistage standard p24; s'il/elle accepte, prélevez un échantillon de sang dans un tube (bouchon de couleur rouge)
- ❖ Remplissez dûment le formulaire, y compris le nom et le numéro de carte Santé (OHIP) du ou de la client-e; apposez-y un autocollant JAUNE (« Non réactif – Période fenêtre »); assurez-vous que le nom et la date sur l'échantillon correspondent à ceux sur le formulaire
- ❖ Soumettez la réquisition; créez une entrée pour ce dépistage dans le registre quotidien



Nonreactive-Window Period
(INCLUDE sample)

Non réactif – Période
fenêtre (INCLUDE
échantillon)

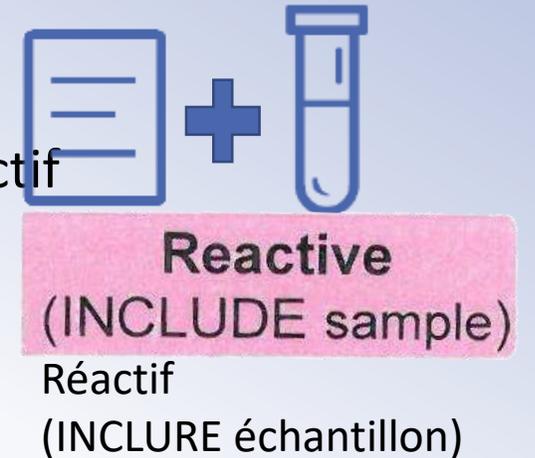
Terminez le counseling post-test. Fixez un rendez-vous dans une semaine pour l'annonce du résultat.



4) Résultat réactif au DPS

Après counseling et consentement :

- ❖ Vous effectuez un dépistage au point de service; le résultat est réactif
- ❖ Recommandez au ou à la client-e de soumettre un prélèvement sanguin pour un dépistage standard de confirmation; s'il/elle accepte, prélevez de sang
- ❖ Remplissez dûment le formulaire, y compris le nom et le numéro de carte Santé (OHIP) du ou de la client-e; apposez-y un autocollant ROSE (« Réactif »). Assurez-vous que le nom et la date sur l'échantillon correspondent à ceux sur le formulaire
- ❖ Soumettez la réquisition; créez une entrée pour ce dépistage dans le registre quotidien



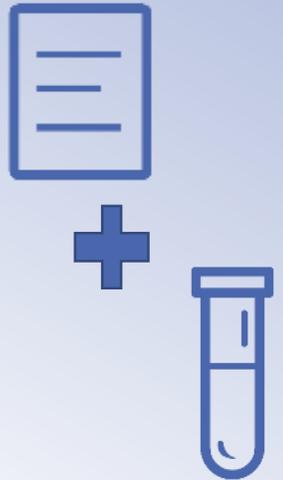
Terminez le counseling post-test. Fixez un rendez-vous dans une semaine pour la confirmation du résultat.



5) Deux résultats de dépistage non valides consécutifs

Après counseling et consentement :

- ❖ Vous effectuez un dépistage au point de service; le résultat est non valide. Répétez le test; assurez-vous que l'échantillon de sang prélevé est suffisant. Si le résultat est encore non valide, ne jetez pas les membranes de test.
- ❖ En présence de DEUX résultats non valides, demandez au ou à la client-e si vous pouvez prélever de son sang pour un dépistage standard. Rassurez la personne : un résultat non valide ne signifie pas qu'il y a présence de VIH. Il peut y avoir plusieurs causes sous-jacentes (le plus souvent, le prélèvement d'une quantité insuffisante de sang.)
- ❖ Si le/la client-e accepte, prélevez un tube de sang pour le dépistage standard. Assurez-vous de remplir entièrement le formulaire; aucun autocollant n'est nécessaire. Si le/la client-e refuse le dépistage standard, NE SOUMETTEZ PAS DE FORMULAIRE, car il n'y a pas de résultat valide.
- ❖ Créez une entrée pour le dépistage au point de service et une autre pour le dépistage standard, dans le registre quotidien, de même qu'une entrée pour les résultats non valides dans le registre des incidents. Prenez une photo des membranes non valides et avisez-en le Bureau de lutte contre le sida.



**Aucun
autocollant
nécessaire**

Terminez le counseling post-test. Fixez un rendez-vous dans une semaine pour l'annonce du résultat.



Formulaire sans échantillon – Quel autocollant utiliser?

Les autocollants prioritaires ont pour but de clarifier les gestes à poser pour le personnel du LSPO. Lorsque vous soumettez au LSPO un formulaire SANS échantillon sanguin, vous devez indiquer clairement que l'échantillon n'est pas perdu.

- ❖ Le scénario « sans échantillon » le plus fréquent est celui d'un résultat non réactif où le/la client-e n'est pas dans la période fenêtre et où aucun autre test n'est requis. Apposez l'autocollant **VERT**.
- ❖ Dans d'autres cas, on combine l'autocollant blanc à un autocollant d'une autre couleur pour clarifier que l'absence d'échantillon est intentionnelle :
 - Le/la client-e a reçu un résultat réactif au DPS et a refusé le prélèvement sanguin (ROSE + BLANC)
 - Le/la client-e vient d'une population prioritaire, a eu très récemment une exposition à risque élevé (3-4 semaines), refusé le prélèvement sanguin (JAUNE + BLANC)
 - Le/la client-e vient d'une population prioritaire et se fait dépister six semaines après une exposition à risque élevé (JAUNE + BLANC)
 - Le/la client-e ne vient PAS d'une population prioritaire et est dans la période fenêtre, mais le prélèvement sanguin est reporté (VERT + BLANC)

Nonreactive
(NO sample)

Non réactif (PAS
d'échantillon)

Échantillon
sanguin non
inclus



Les formulaires sans échantillon devraient être anonymisés (sans nom ni date de naissance; utilisez un code et l'année de naissance seulement)

MODULE : Réquisitions et déclaration (Nominatif)

Sommaire

Réquisition de sérologie du VIH

Remplissez un formulaire pour chaque dépistage au point de service et apposez-y les autocollants appropriés

**Nonreactive
(NO sample)**

Non réactif (PAS d'échantillon)

**Nonreactive-Window Period
(INCLUDE sample)**

Non réactif – Période fenêtre (INCLUDE échantillon)

**Reactive
(INCLUDE sample)**

Réactif (INCLUDE échantillon)

Le/la client-e a refusé le prélèvement sanguin

Apposez le deuxième autocollant blanc ici, au besoin

For laboratory use only

Date received: _____ PHOL No. _____

2022 / 0000 / 000

HIV and HTLVI/HTLVII Serology HIV PCR Test Requisition

ALL Sections of this Form MUST be Completed

<p>Submitter</p> <p style="text-align: right;">Courier Code</p> <p style="font-size: x-small;">(Provide Return Address) Name Address City & Province Postal code</p> <p>Submitter lab no. (if applicable): _____</p> <p>Clinician Initial / Surname and OHP / CPSO Number</p> <p>Tel: _____ Fax: _____</p> <p>cc Doctor/Qualified Health Care Provider Information</p> <p>Name: _____ Tel: _____</p> <p>Lab/Clinic name: _____</p> <p>CPSO #: _____ Fax: _____</p> <p>Address: _____</p> <p style="text-align: right;">Postal code: _____</p> <p>Specimen Details</p> <p>Collection date of specimen: _____</p> <p>Type of specimen: <input type="checkbox"/> Whole blood <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> ACO/EDTA <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Dried blood spot (HIV PCR only)</p> <p>Tests requested: <input type="checkbox"/> HIV1/HIV2 <input type="checkbox"/> HTLVI/HTLVII <input type="checkbox"/> HIV PCR (for infant diagnosis ≤18 mos)</p> <p>Comments: _____</p> <p>Reason for Test (check all that apply)</p> <p><input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Prenatal <input type="checkbox"/> Known to be HIV positive (repeat test) <input type="checkbox"/> Pre-exposure prophylaxis <input type="checkbox"/> Symptoms - acute seroconversion (e.g. flu-like illness, fever, rash) <input type="checkbox"/> Post-exposure prophylaxis <input type="checkbox"/> Symptoms - advanced disease/AIDS <input type="checkbox"/> Infant diagnosis ≤18 mos <input type="checkbox"/> Sexual assault <input type="checkbox"/> Other, specify _____ <input type="checkbox"/> Visa/immigration requirement</p> <p>Previous Test Information</p> <p>Last test result:</p> <p><input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Positive (in Ontario) <input type="checkbox"/> Indeterminate <input type="checkbox"/> Positive (outside Ontario) <input type="checkbox"/> Previous PHOL sample no.: _____</p>	<p>Patient Information</p> <p>Health card no.: _____ Medical record no. (if applicable): _____</p> <p>Date of birth: _____ Sex: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> TP* <input type="checkbox"/> TM* <small>*TP=transfemale (F to M); TM=transmale (M to F)</small></p> <p>Last name: _____ First name: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>City: _____ Postal code: _____</p> <p>PHO study or program no. (if applicable): _____</p> <p>Country of birth: _____</p> <p>Race/Ethnicity:</p> <p><input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> First Nations <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> South Asian (e.g. East Indian, Pakistani, Sri Lankan, Punjabi, Bangladeshi, Nepali) <input type="checkbox"/> Southeast Asian (e.g. Chinese, Japanese, Vietnamese, Cambodian, Indonesian, Korean, Filipino) <input type="checkbox"/> Arab/West Asian (e.g. Armenian, Egyptian, Iranian, Lebanese, Moroccan) <input type="checkbox"/> Latin American (e.g. Mexican, Central/South American) <input type="checkbox"/> Other - includes mixed ethnicity; specify: _____</p> <p>Risk Factors (check all that apply)</p> <p><input type="checkbox"/> Sex with women <input type="checkbox"/> Sex with men <input type="checkbox"/> Injection drug use <input type="checkbox"/> Born in an HIV-endemic country (includes countries in sub-Saharan Africa and the Caribbean) <input type="checkbox"/> Child of HIV+ mother</p> <p>Sex with a person who was known to be (check all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> HIV-positive <input type="checkbox"/> Using injection drugs <input type="checkbox"/> Born in an HIV-endemic country (includes countries in sub-Saharan Africa and the Caribbean) <input type="checkbox"/> A bisexual male <input type="checkbox"/> Other (e.g. kissing factor, blood transfusion, needle stick/oculogonital, tattoo, piercing); please specify: _____</p>
--	---

CONFIDENTIAL WHEN COMPLETED

The personal health information is collected under the authority of the Personal Health Information Protection Act, s.36(1)(c)(ii) for the purpose of clinical laboratory testing. If you have questions about the collection of this personal health information please contact the PHO Laboratory Manager or Customer Service at #16-225-6506 or toll free 1-877-654-4567.

Form No. F-SO-SCG-1001 (01/18)



Registre quotidien

Voici une capture d'écran du modèle de registre quotidien. Vous devez créer une nouvelle entrée pour chaque test effectué.

Registre quotidien (dépistage au point de service)

Date	ID client-e (ou utilisation, p. ex., exercice de dépistage)	Risque	Lot de la trousse de dépistage au point de service et date d'expiration	Résultat du dépistage au point de service			Référé au LSP (Oui/Non)	Si le test est négatif, raison du référé au LSP	Résultat reçu du LSP			Faux positif		False Negative		Date de déclaration	Initiales du ou de la conseiller (-ère) au dépistage
				Négatif	Réactif	Non valide			Dépistage combiné Ag/Ab	Confirmation des anticorps VIH1/VIH2	Interprétation finale	Non	Oui	Non	Oui		

Cette partie du registre sert à consigner tout DPS.

Cette partie du registre sert au suivi des tests transmis au Laboratoire de Santé publique Ontario (LSPO) et à l'analyse des résultats reçus.

Pour chaque entrée, assurez-vous de signer et d'indiquer la date.



Registre quotidien – Entrée d’un dépistage au point de service

Registre quotidien (dépistage au point de service)

Date	ID client-e (ou utilisation, p. ex., exercice de dépistage)	Risque	Lot de la trousse de dépistage au point de service et date d'expiration	Résultat du dépistage au point de service			Référé au LSP (Oui/Non)
				Négatif	Réactif	Non valide	

Indiquez le résultat dans l’un de ces trois champs.

Si un échantillon est transmis au LSPO, écrivez oui dans le dernier champ, comme illustré ici.

Remplissez ces quatre champs pour chaque test :

- La date à laquelle vous avez effectué le test
- Pour qui vous avez effectué le test (habituellement le nom/numéro d’un-e client-e)
- Les facteurs de risque (utilisez les abréviations HRSH, ACN, PID, etc.)
- Le numéro de lot et la date d’expiration de la trousse utilisée

Pour les tests de compétence et d’exercice, ou en cas d’erreur ou de défectuosité, indiquez dans ces champs à quoi le test a servi



Registre quotidien – Entrée d’un échantillon transmis au LSPO

Référé au LSPO (Oui/Non)	Si le test est négatif, raison du référé au LSPO	Résultat reçu du LSPO			Faux positif		False Negative		Date de déclaration	Initiales du ou de la conseiller (-ère) au dépistage
		Dépistage combiné Ag/Ab	Confirmation des anticorps VIH1/VIH2	Interprétation finale	Non	Oui	Non	Oui		

Dater et signer.

Écrivez oui si un échantillon est transmis au LSPO

Dans la plupart des cas, vous remplirez ceci si la personne est dépistée tôt dans la période fenêtre

Remplissez ces champs à l’aide du résultat reçu du LSPO (1 semaine).

Notez toute disparité entre un résultat de test rapide et un résultat de test de laboratoire (ceci peut être fait par le ou la responsable de l’assurance de la qualité dans le cadre du sommaire mensuel). **Renseignez-vous sur les pratiques en vigueur dans votre site.**



Registre quotidien

Registre quotidien (dépistage au point de service)

Date	ID client-e (ou utilisation, p. ex., exercice de dépistage)	Risque	Lot de la trousse de dépistage au point de service et date d'expiration	Résultat du dépistage au point de service			Référé au LSP (Oui/Non)	Si le test est négatif, raison du référé au LSP	Résultat reçu du LSP			Faux positif		False Negative		Date de déclaration	Initiales du ou de la conseiller (-ère) au dépistage
				Négatif	Réactif	Non valide			Dépistage combiné Ag/Ab	Confirmation des anticorps VIH1/VIH2	Interprétation finale	Non	Oui	Non	Oui		

La tenue de dossier à l'aide du registre quotidien est importante :

- ❖ Elle permet de faire le suivi des échantillons transmis au LSPO pour analyse, pour vérifier que tous les résultats sont retournés.
- ❖ Elle aide à calculer le nombre total de trousse utilisées dans votre site, une information nécessaire pour commander de nouvelles trousse par le biais du Portail de gestion de l'inventaire (www.hivpoct.ca).
- ❖ Elle contribue à l'assurance de la qualité dans votre site, en aidant à identifier toute disparité entre les résultats de test rapide et les résultats de test de laboratoire.