DÉPISTAGE DES IST

NOM : PRENOM :

NE(E) LE : …/…/… MEDECIN TRAITANT : ☐ OUI…..…….. ☐ NON

Pourquoi je désire pratiquer un test de dépistage de IST (Infections Sexuellement Transmissibles) ? Si je coche une des cases dans la zone bleue, je peux passer à la zone verte .

☐ J'ai eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois

☐ Mon partenaire a été dépisté positif à une IST (Chlamydiae, Gonocoque, Syphilis, Hépatite B, HIV)

☐ J'ai eu un rapport non protégé à risque

☐ J'ai eu au moins un des symptômes suivants :
- des douleurs lorsque j'urine
- des lésions, plaies ou boutons au niveau des parties génitales ou anales
- des douleurs dans le bas du ventre et/ou des saignements vaginaux inhabituels
- des sécrétions vaginales inhabituelles et/ou malodorantes
- des écoulements visibles du pénis
- une douleur soudaine dans les testicules

Si vous présentez des symptômes, vous devrez vous orienter vers une consultation médicale après le prélèvement

☐ Aucune de ces raisons. Je n'ai pas nécessairement besoin d'un dépistage. Je désire tout de même en bénéficier

☑ Prise de sang pour sérologie HIV et syphilis *(systématiquement)*

☑ Prélèvement génital *(systématiquement)*

♀ **Pour les femmes**, il est conseillé de réaliser un auto-prélèvement vaginal (meilleures performances) grâce aux kits mis à votre disposition

♂ **Pour les hommes**, ce dépistage est effectué sur prélèvement urinaire (*1er jet d'urine*)

Hépatite B : ☐ Je ne suis pas vacciné(e) ou je ne sais pas : une analyse est recommandée
Je suis vacciné(e) (pas d'analyse)

J'ai eu des rapports : ☐ **oro-génitaux** / oro-anaux (oral) non protégés par un préservatif : prélèvement de gorge recommandé en auto-prélèvement
☐ **anaux** (par l'anus) non protégés par un préservatif : prélèvement anal recommandé en auto-prélèvement

DATE : SIGNATURES : PATIENT BIOLOGISTE

Si vous êtes mineur *(NB : le remboursement des examens sera visible sur le compte Ameli du responsable légal)*

Identité du Majeur qui vous accompagne : _____ Signature du majeur :

Modalités de retour des résultats : ☐ au responsable légal (parents) ☐ au médecin traitant

Si besoin et pour toute autre situation : s'adresser au CEGGID (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic)