Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

Code alpha. : _____
Maladie** : _____
Nom, prénom : _____
Date d'épisode : _____ Ville : _____

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR PRISE EN CHARGE DE L'INTERVENTION PRÉVENTIVE D'UNE PERSONNE ATTEINTE D'UNE ITS

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____/_____/_____ (an/ms/jr) NAM : _____

2. RAISON DE LA RÉFÉRENCE

☐ **Personne atteinte d'une infection à Chlamydia présentant une des situations suivantes :**

- ☐ Grossesse chez le cas
- ☐ Grossesse chez une partenaire
- ☐ Présence de consommation de substances psychoactives ou de drogue par injection/inhalation (excluant le cannabis)
- ☐ Personne ayant été incarcérée
- ☐ HARSAH
- ☐ Partenaires rencontrés dans un sauna ou via Internet
- ☐ Partenaires anonymes
- ☐ Autres situations pour lesquelles vous jugez qu'une intervention intensifiée est requise.
  Préciser : _____

☐ Personne atteinte d'une syphilis possiblement récente, présentant un faible RPR (moins de 1:8)
Préciser : _____

Inscrire toutes les coordonnées dont vous disposez pour joindre le client : _____

_____

3. COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Nom du clinicien référant (médecin, IPSPL, infirmière) : _____

Coordonnées téléphoniques : _____

Signature : _____

Date : _____/_____/_____ (an/ms/jr)

Responsable à la DSPublique : _____ Date : _____/_____/_____ (an/ms/jr)

Veuillez faxer le formulaire de référence à l'attention de la DSPublique, au 418 389-1560 *(dédié et confidentiel).*

Si vous désirez discuter d'une situation particulière, veuillez contacter un professionnel du service de maladies infectieuses de la DSPublique, au 418 389-1510.