

## PREAMBULE

- Ce questionnaire est à destination des patients majeurs et des patients mineurs accompagnés d'un titulaire de l'autorité parentale ayant signé un consentement écrit au dépistage.
- Si vous souhaitez l'anonymat ou bien en l'absence de consentement pour les mineurs, merci de vous rendre dans un CeGIDD Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic.
- En remplissant ce questionnaire, le patient exerce sa volonté de réaliser des tests de dépistage d'infections sexuellement transmissibles (IST) et reconnaît avoir été informé de la nécessité, en cas de symptômes, de consulter un professionnel de santé sans attendre les résultats des tests.

## PARTIE 1

### CETTE PARTIE PERMET D'IDENTIFIER POUR QUELLES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) VOUS AVEZ BESOIN D'ÊTRE DÉPISTÉ

**1. Avez-vous un ou des symptômes d'infections sexuellement transmissibles (IST) ?**

- Des douleurs lorsque vous urinez ;
- Des lésions, plaies ou boutons au niveau des parties génitales ou anales ;
- Des douleurs au niveau du bas du ventre et/ou des saignements vaginaux inhabituels ;
- Des sécrétions vaginales inhabituelles et/ou malodorantes ;
- D'écoulements visibles du pénis ;
- Une douleur soudaine dans les testicules.

**Oui**       **Non**

**En cas de symptômes, les biologistes médicaux du laboratoire vous recommandent de consulter un professionnel de santé sans attendre les résultats des tests de dépistage.**

**2. Avez-vous eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ?**

Ou

**Souhaitez-vous arrêter le préservatif avec votre nouveau ou nouvelle partenaire ?**

Ou

**L'un de vos partenaires a-t-il été testé positif à une, ou plusieurs infections sexuellement transmissibles (chlamydia, gonocoque, syphilis) ?**

**Oui ou je ne sais pas**       **Non**

**3. Etes-vous vacciné contre l'hépatite B ?**

**Oui**       **Non**       **Je ne sais pas**

## PARTIE 2

### CETTE PARTIE PERMET DE SAVOIR DE QUEL(S) TYPE(S) DE PRÉLÈVEMENT(S) VOUS AVEZ BESOIN

**4. Avez-vous eu des rapports anaux non protégés par un préservatif ?**

**Oui**       **Non**

**5. Avez-vous eu des rapports oro-génitaux ou oro-anaux non protégés par un préservatif (fellation, cunnilingus, anulingus) ?**

**Oui**       **Non**

**Ce document est utilisé uniquement pour la création de votre dossier informatique et est ensuite détruit sans aucune conservation papier ou dématérialisée.**