

Mon Test IST - Questionnaire patient

Nom d'usage :

RESERVÉ AU LABORATOIRE

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

1. Présentez-vous un ou plusieurs des symptômes d'infection sexuellement transmissible (IST) suivants ? Oui Non

- des douleurs lorsque vous urinez
- des lésions, plaies ou boutons au niveau des parties génitales / anales / de la bouche / de la gorge
- des douleurs dans le bas du ventre et / ou des saignements vaginaux inhabituels
- des sécrétions vaginales inhabituelles et / ou malodorantes
- un écoulement sortant du pénis
- une douleur soudaine dans les testicules

2. Quelle est la date de votre dernier rapport à risque ?

3. Avez-vous eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

4. Souhaitez-vous arrêter le préservatif avec votre nouveau ou nouvelle partenaire ? Oui Non

5. L'un de vos partenaires a-t-il déjà été testé positif à une ou plusieurs IST ? Oui Non

 Si vous avez répondu OUI à l'une de ces 4 questions, votre dépistage IST nécessite une prise de sang et un prélèvement au niveau des parties génitales.

6. Avez-vous eu des rapports anaux non protégés par un préservatif ? Oui Non

 Si OUI, votre dépistage IST nécessite un prélèvement anal en auto-prélèvement.

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

 Si OUI, votre dépistage IST nécessite un prélèvement au niveau de la gorge par un professionnel de santé.

8. Etes-vous vacciné contre l'hépatite B ? Oui Non Je ne sais pas

9. Si vous avez répondu oui à la question précédente (Q7), avez-vous connaissance d'un résultat d'Anticorps anti-HbS positif, signe d'une vaccination efficace dans les 12 derniers mois ? Oui Non Je ne sais pas

Imprimez ce questionnaire et apportez-le lors de votre venue au laboratoire.

Vous pouvez également le déposer dans votre espace patient sécurisé, rubrique « Déposer vos documents », sur notre site : www.ouest-biologie.com

Fait le : / / 20..

Signature patient :