

Veuillez retourner ce formulaire obligatoire dûment rempli à la Direction régionale de santé publique de Montréal, par courriel à sante.publique.montreal.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopie confidentielle au 514 528-2461, dans les 48 heures, conformément au Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique.
 Ce formulaire est considéré comme une déclaration MADO d'un cas de syphilis.

Section 1) IDENTIFICATION DU CAS

Si ce formulaire vous est transmis avec cette section déjà complétée, veuillez en vérifier l'exactitude et la corriger au besoin

Nom	Prénom	DDN	NAM
Nom du cas	Prénom du cas	aaaa-mm-jj	xxx xxx xxx

Section 2) COORDONNÉES DU CAS

À valider auprès de la personne atteinte avant de transmettre le formulaire

Téléphone principal xxx xxx-xxxx	Autre téléphone xxx xxx-xxxx	Courriel xxx@xxx.xx
Adresse app. n° rue ville code postal ☐ Sans domicile fixe, préciser l'hébergement d'urgence fréquenté : Nom de l'hébergement fréquenté ☐ Inconnu		

Section 3) DÉCLARATION ET VALIDATION DU STADE

	Oui	Non	Inconnu		
Contact sexuel avec une personne atteinte d'une syphilis infectieuse au cours de la dernière année?	☐	☐	☐		
Présence de manifestations cliniques de syphilis au moment du prélèvement?	☐	☐	☐		
Manifestation clinique attribuable à la syphilis dans la dernière année	Cocher	Date de début			
Chancre +/- adénopathie régionale	☐	aaaa-mm-jj			
Lésions cutanéomuqueuses précoces (éruption cutanée, condyloma lata, alopecie, etc.)	☐	aaaa-mm-jj			
Neurologique précoce (uvéite, névrite optique, kératite, symptômes otiques, méningite, méningo-vasculaire etc)	☐	aaaa-mm-jj			
Neurologique tardive (paralysie, tabes dorsalis, etc.)	☐	aaaa-mm-jj			
Lésions cutanéomuqueuses tardives (gomme)	☐	aaaa-mm-jj			
Autre, préciser les manifestations : Autre manifestation clinique	☐	aaaa-mm-jj			
Prélèvement soumis le : aaaa-mm-jj Nom du laboratoire : Nom du laboratoire ☐ Aucun prélèvement soumis					
<table border="1"> <tr> <td> Stade de la maladie ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Latente précoce (moins d'un an) ☐ Latente tardive (plus d'un an) ☐ Latente de durée indéterminée ☐ Tertiaire ☐ Neurosyphilis ☐ Congénitale ☐ Ancienne syphilis traitée <i>Pour toute information sur le stade, veuillez consulter le guide de l'INESS accessible à l'aide du code QR au bas du questionnaire</i> </td> <td> Traitement de l'épisode actuel ☐ Aucun, préciser : ☐ Traitement planifié le : aaaa-mm-jj ☐ Usager référé à : Nom de la clinique ☐ Traitement, Date complétée : aaaa-mm-jj ☐ Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités, IM, X 1 ☐ Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités, IM, X 3 q sem ☐ Penicilline G aqueuse IV X 10-14 jours ☐ Doxycycline 100 mg, PO, BID X 14 jours ☐ Doxycycline 100 mg, PO, BID X 28 jours ☐ Autre, préciser le traitement : Traitement </td> </tr> </table>				Stade de la maladie ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Latente précoce (moins d'un an) ☐ Latente tardive (plus d'un an) ☐ Latente de durée indéterminée ☐ Tertiaire ☐ Neurosyphilis ☐ Congénitale ☐ Ancienne syphilis traitée <i>Pour toute information sur le stade, veuillez consulter le guide de l'INESS accessible à l'aide du code QR au bas du questionnaire</i>	Traitement de l'épisode actuel ☐ Aucun, préciser : ☐ Traitement planifié le : aaaa-mm-jj ☐ Usager référé à : Nom de la clinique ☐ Traitement, Date complétée : aaaa-mm-jj ☐ Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités, IM, X 1 ☐ Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités, IM, X 3 q sem ☐ Penicilline G aqueuse IV X 10-14 jours ☐ Doxycycline 100 mg, PO, BID X 14 jours ☐ Doxycycline 100 mg, PO, BID X 28 jours ☐ Autre, préciser le traitement : Traitement
Stade de la maladie ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Latente précoce (moins d'un an) ☐ Latente tardive (plus d'un an) ☐ Latente de durée indéterminée ☐ Tertiaire ☐ Neurosyphilis ☐ Congénitale ☐ Ancienne syphilis traitée <i>Pour toute information sur le stade, veuillez consulter le guide de l'INESS accessible à l'aide du code QR au bas du questionnaire</i>	Traitement de l'épisode actuel ☐ Aucun, préciser : ☐ Traitement planifié le : aaaa-mm-jj ☐ Usager référé à : Nom de la clinique ☐ Traitement, Date complétée : aaaa-mm-jj ☐ Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités, IM, X 1 ☐ Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités, IM, X 3 q sem ☐ Penicilline G aqueuse IV X 10-14 jours ☐ Doxycycline 100 mg, PO, BID X 14 jours ☐ Doxycycline 100 mg, PO, BID X 28 jours ☐ Autre, préciser le traitement : Traitement				
Sérologie antérieure la plus récente (avant l'épisode actuel) : Date: aaaa-mm-jj Résultat TT (EIA, Ac): ☐ Négatif ou indéterminé ☐ Positif <i>Si positif, préciser résultat TNT (RPR) :</i> ☐ non réactif ☐ titre 1 : ____ ou ☐ Cicatrice sérologique d'une ancienne syphilis traitée		Antécédents de syphilis Stade de l'épisode antérieur: Stade Adéquatement traité: ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu			

Section 4) PARTENAIRE.S ET NOTIFICATION			
Information sur les partenaires de la personne atteinte			
Nombre de partenaires durant la période de contagiosité: xxx	Genre des partenaires (cochez tout ce qui s'applique) : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Personne non-binaire		
	Oui	Non	Inconnu
Partenaire.s enceinte.s	☐	☐	☐
Notification des partenaires (NOPA)			
Le client va notifier tous ses partenaires	☐	☐	☐
Le client souhaite l'aide de la santé publique pour notifier au moins un partenaire <i>Si <u>oui</u>, valider le numéro de téléphone de la personne atteinte à la section 2 et informer qu'elle sera contactée par la santé publique</i>	☐	☐	☐

Section 5) COLLECTE DE DONNÉES DE SURVEILLANCE ET VIGIE DE LA SYPHILIS			
Information sur la personne atteinte			
Pays de naissance ☐ Canada ☐ Autre, préciser la date d'arrivée au Canada : aaaa-mm-jj		Identification autochtone ☐ Oui ☐ Non <i>Si <u>oui</u>, préciser l'identification autochtone:</i> ☐ Premières nations ☐ Métis ☐ Inuit ☐ Inconnu	
Sexe assigné à la naissance ☐ M ☐ F, préciser si enceinte : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu	Identité de genre ☐ Homme cis ☐ Homme trans ☐ Personne non-binaire ☐ Femme cis ☐ Femme trans ☐ Autre, préciser : autre identité de genre		
	Oui	Non	Inconnu
Co-infection par le VIH		☐	☐
Travail du sexe (12 derniers mois)		☐	☐
Consommation de drogues par injection (12 derniers mois)		☐	☐
Consommation de drogues par inhalation (12 derniers mois)		☐	☐
Consommation en contexte chemsex avec crystal meth, GHB, et/ou kétamine (12 derniers mois)		☐	☐
Prophylaxies ITSS			
☐ PreP-VIH ☐ Doxy-prophylaxie (pré ou post exposition) ☐ Inconnu			

Section 6) HÉMOVIGILANCE ET HISTOVIGILANCE			
Pour les cas de syphilis en phase infectieuse :			
La personne a-t-elle reçu du sang / produits sanguins / organe au cours des 6 mois précédant le début de la maladie?	Oui	Non	Inconnu
La personne a-t-elle un historique d'insémination artificielle (sperme) dans les 6 mois précédant le début de la maladie?	☐	☐	☐

Section 7) IDENTIFICATION DU DÉCLARANT			
Nom du déclarant xxx xxx	No de permis xxxxxx	Téléphone xxx xxx-xxxx	
Adresse app. n° rue ville code postal		Date aaaa-mm-jj	Signature X -Signature

Pour de l'information sur les stades et la prise en charge : référez-vous au Guide d'usage optimal – Syphilis de l'INESSS
Pour rejoindre la réponse téléphonique en ITSS, contactez le 514 528-2400 poste 163840 (pour les professionnels seulement).

Autres services offerts :

- Intervention préventive auprès de la personne atteinte d'ITSS/VIH et de ses partenaires (IPPAP) par un.e professionnel.le de santé publique (incluant notification anonyme des partenaires);
- Expertise-conseil sur la prévention et la prise en charge des ITSS/VIH;
- Information sur le réseau de services communautaires et de santé en prévention et traitement des ITSS/VIH;
- Déclaration, signalement, demande d'intervention ou de soutien en lien avec les ITSS/VIH
- Un service direct aux personnes atteintes et à leurs partenaires est également disponible au (514) 528-2464

