

LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES HÉPATITES EN OCCITANIE

La Coordination Hépatites vous remercie de bien vouloir remplir le questionnaire suivant pour chaque personne bénéficiant d'un Fibroscan. Le code du Fibroscan est demandé pour ne pas oublier de saisir les données concernant chaque personne. Le questionnaire est essentiellement destiné à recueillir des données contextuelles. Il est anonyme.

1. Structure : *

- CSAPA LOGOS
- CAARUD LOGOS
- CSAPA BLANNAVES
- CSAPA EPISODE
- CSAPA ENVOL
- CSAPA UTTD
- CSAPA ADDICTIONS FRANCE 34
- CSAPA AIA
- CAARUD AIA
- CSAPA INTERMEDE
- CAARUD RIPOSTE
- CSAPA ADDICTIONS FRANCE 48
- CSAPA ARC EN CIEL
- USMP BEZIERS
- USMP NIMES
- CEGIDD CARCASSONNE
- CEGIDD NIMES
- SERVICE EXPERT DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES MONTPELLIER
- SERVICE EXPERT DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES TOULOUSE
- SERVICE DES MALADIES INFECTUEUSES ET TROPICALES PERPIGNAN
- CAARUD AXESS
- Autre :

2. S'il s'agit d'une action « Hors les murs » de votre structure, merci de préciser le lieu :

3. Ville : *

- NIMES
- ALES
- BAGNOLS SUR CEZE
- MONTPELLIER
- BEZIERS
- BEDARIEUX
- CARCASSONNE
- CASTELNAUDARY
- NARBONNE
- LIMOUX
- MENDE
- PERPIGNAN
- TOULOUSE
- Autre :

4. Date de l'examen : *

.....

5. Code fibroscan : *

.....

6. Sexe : *

- Femme
- Homme

7. Année de naissance : *

.....

8. Lieu de vie principal : *

- Logement
- Hébergement (famille, amis...)
- SDF
- Squat/Caravane
- Centre d'hébergement
- Centre pénitentiaire
- Non disponible
- Autre

9. Période d'incarcération antérieure : *

- Oui
- Non
- Non disponible

10. Type de revenus principal : *

- Revenu d'activité
- Retraite
- RSA ou autres minimums sociaux
- AAH / Pension invalidité
- Pôle emploi
- Sans revenu
- Non disponible
- Autre revenu en milieu pénitentiaire
- Autre revenu

11. Addiction principale ayant motivé la prise en charge dans la structure : *

- Cannabis
- Opiacés
- Cocaïne
- Mésusage médicament
- Alcool
- Tabac
- Sevrage alcool en cours
- Sevrage drogue en cours
- Polyconsommation
- Aucune
- Non disponible
- Autre

12. Pratique injectée : *

- Oui
- Non
- Non disponible

13. Valeur médiane (kPa) : *

.....

14. Motif de la réalisation du Fibroscan : *

- Incitation au dépistage
- Incitation au traitement d'une hépatite C connue
- En complément d'un dépistage déjà réalisé
- Evaluation de la fibrose dans le cadre d'une hépatite C
- Evaluation de la fibrose dans le cadre d'une hépatite B
- Evaluation de la fibrose dans le cadre d'une autre pathologie hépatique
- Surveillance de la fibrose dans le cadre d'une hépatite C guérie
- Suspicion de NASH
- Autre

15. Vaccination VHB : *

- Oui
- Non
- Ne sait pas

16. Remarques :

**Réponse obligatoire*