

LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES HÉPATITES EN OCCITANIE

La Coordination Hépatites Occitanie (COHEP) remercie les structures disposant d'un Fibroscan de bien vouloir remplir le questionnaire suivant pour chaque action Hors-Les-Murs **OU** pour chaque période d'utilisation Intra-Muros d'un Fibroscan (de la journée à l'année).

Merci de ne pas saisir dans le même questionnaire une action Hors-Les-Murs et une période d'utilisation Intra-Muros.

Le questionnaire en version Word est consultable en suivant **ce lien** pour préparer votre collecte de données lors de vos mesures et ainsi pouvoir répondre aux questions ci-dessous.

Structure disposant d'un prêt de Fibroscan : * (un seul choix)

- ☐ CSAPA ADDICTIONS FRANCE 30
- ☐ CSAPA ADDICTIONS FRANCE 34
- ☐ CSAPA ADDICTIONS FRANCE 48
- ☐ CSAPA CAARUD AIA USSAP CARCASSONNE
- ☐ CSAPA CAARUD AIA USSAP NARBONNE
- ☐ CSAPA ARC EN CIEL
- ☐ CSAPA BLANNAVES
- ☐ CSAPA L'ENVOL
- ☐ CSAPA EPISODE
- ☐ CSAPA CAARUD LOGOS
- ☐ CSAPA UTTD
- ☐ CSA/SMR GRAU DU ROI
- ☐ CEGIDD CARCASSONNE
- ☐ SERVICE DES MALADIES INFECTUEUSES ET TROPICALES PERPIGNAN
- ☐ SERVICE EXPERT DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES MONTPELLIER
- ☐ SERVICE EXPERT DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES VIRALES TOULOUSE
- ☐ Autre :

S'il s'agit d'une action « Hors les murs » de votre structure, merci d'indiquer **précisément** le lieu (structure, association, local, marché, ... avec la ville si besoin) :

S'il s'agit d'une action « Hors les murs » de votre structure, merci de préciser les noms de vos éventuels partenaires de dépistage (différents du lieu) :

S'il s'agit d'une action « Hors les murs » de votre structure, merci de préciser la date : *(sélection dans un calendrier)*

Si vous utilisez le Fibroscan en « intra-muros », merci de préciser la date de début : *(sélection dans un calendrier)*

Si vous utilisez le Fibroscan en « intra-muros », merci de préciser la date de fin : *(sélection dans un calendrier)*

Si vous utilisez le Fibroscan en « intra-muros », merci de préciser le nombre de jours d'utilisation :

Département : * (un seul choix)

- ☐ 09 – ARIEGE
- ☐ 11 – AUDE
- ☐ 12 – AVEYRON
- ☐ 30 – GARD
- ☐ 31 – HAUTE-GARONNE
- ☐ 32 – GERS
- ☐ 34 – HERAULT
- ☐ 46 – LOT

- ☐ 48 – LOZERE
- ☐ 65 – HAUTES-PYRENEES
- ☐ 66 – PYRENEES-ORIENTALES
- ☐ 81 – TARN
- ☐ 82 – TARN-ET-GARONNE

Merci de préciser la ville : *

Nombre de femmes vues : *

Nombre d'hommes vus : *

Nombre de non-genrés vus : *

Nombre de personnes de moins de 18 ans vues * :

Nombre de personnes entre 18 et 24 ans vues * :

Nombre de personnes entre 25 et 49 ans vues * :

Nombre de personnes de plus de 50 ans vues * :

Types de public * : *(choix multiples possibles)*

- ☐ Personnes ayant des troubles psychiatriques
- ☐ Personnes en activité/en retraite (Grand Public)
- ☐ Personnes en formation/insertion
- ☐ Personnes en milieu pénitentiaire ou ayant été en milieu pénitentiaire
- ☐ Personnes en situation de dépendance à l'alcool
- ☐ Personnes en situation de prostitution
- ☐ Personnes en surpoids et/ou diabétiques
- ☐ Personnes étudiantes
- ☐ Personnes HSH
- ☐ Autres personnes LGBTQ
- ☐ Personnes migrantes
- ☐ Personnes mineures
- ☐ Personnes non francophones
- ☐ Personnes précaires/vulnérables
- ☐ Personnes SDF - Squatteurs
- ☐ Personnes usagères de drogues ou ayant été usagères de drogues par voie IV ou nasale
- ☐ Personnes vivant avec le VIH

Nombre total de mesures de la fibrose réalisées * :

Dont nombre de mesures de la fibrose significatives en matière de prévention (> à 7 KPA et < à 10 KPA) * :

Dont nombre de mesures de la fibrose significatives (> à 10 KPA) * :

Dont nombre de mesures de la fibrose réalisées dans le cadre d'une pathologie hépatique connue (hépatite B, hépatite C, consommation d'alcool au-delà des recommandations HAS) * :

Nombre total de TROD VHC réalisés avant/après le Fibroscan * :

Dont nombre de TROD VHC positifs * :

Nombre total de TROD VHB réalisés avant/après le Fibroscan * :

Dont nombre de TROD VHB positifs * :

Nombre total de TROD VIH réalisés avant/après le Fibroscan * :

Dont nombres de TROD VIH positifs * :

Nombre de prises de sang réalisées avant/après le Fibroscan * :

Etes-vous l'un des Services Experts Hépatites Montpellier/Toulouse ou le SMIT Perpignan : * *(un seul choix)*

- ☐ Oui *(poursuite du questionnaire)*
☐ Non *(fin du questionnaire)*

Nombre d'hépatites C actives déjà connues non traitées * :

~~Nombre d'hépatites C actives non traitées * :~~

Nombre d'hépatites C guéries spontanément * :

Nombre d'hépatites C guéries par traitement * :

Nombre de mesures de la fibrose > à 7 KPA dans le cadre d'une hépatite C * :

Nombre de mesures de la fibrose réalisées dans le cadre d'une hépatite B * :

Nombre de charges virales VHC mesurées par GENEXPERT * :

Nombre de charges virales VHC positives mesurées par GENEXPERT * :

Nombre de recontaminations hépatite C ? * :

Nombre de mises en traitement hépatite C immédiates * :

Nombre de suivi et/ou prises en charge SELHV/SMIT enclenchées immédiatement * :

Nombre de mesures de la stéatose réalisées * :

Nombre de mesures de la stéatose significatives (> à 275 dB/m) * :

Nombre de personnes ayant à la fois une mesure de la fibrose significative (> à 10 KPA) et une mesure de la stéatose significative (> à 275 dB/m) * :

**Réponse obligatoire*