



Formulaire de vérification de l'admissibilité

Date : JJ / MM / AAAA	Initiales de l'utilisateur :	Numéro de l'utilisateur :			-				
Critères d'inclusion								Oui	Non
Avoir signé le formulaire de consentement de façon libre et éclairée									
Adulte de 18 ans et plus									
Avoir ou accepter de créer un dossier dans la pharmacie où le dépistage est réalisé									
Parler et comprendre le français ou l'anglais									
Usager doit être joignable selon <u>une des conditions suivantes</u> afin de l'aviser du résultat du test : <ul style="list-style-type: none"> - Joignable par téléphone et/ou courriel - Joignable par téléphone par le biais d'une tierce personne - Joignable par téléphone par le biais d'un organisme ou centre qu'il côtoie régulièrement - Usager joignable en personne, car il fréquente régulièrement la pharmacie et ses visites à la pharmacie sont prévisibles - Usager prêt à attendre en pharmacie le résultat de son dépistage et les démarches de référence subséquentes, le cas échéant 									
Avoir au moins une indication pour le dépistage de l'hépatite C : <ul style="list-style-type: none"> - Partage de matériel d'injection - ≥ 1 expérience de consommation de drogues par injection ou inhalation - Originaire de ces régions ou ayant reçu des soins de santé dans ces régions : <ul style="list-style-type: none"> - Asie centrale, Europe de l'Est, Afrique subsaharienne centrale, Égypte, Pakistan, Taïwan, Roumanie, Syrie (voir la cartographie des zones de forte endémicité du virus de l'hépatite C) - Lymphogranulomatose vénérienne - Personne vivant avec le VIH, le VHB ou hémodialysée si absence de test de détection anti-VHC au DSQ * - Personne incarcérée ou l'ayant été - Personne recevant des services dans un centre de ressources en dépendance à des drogues - Personne ayant reçu soit une transfusion de sang ou de produits sanguins, soit une greffe de cellules, de tissus ou d'organe (au Canada, avant avril 1992) - Partenaire sexuel ou contact domiciliaire d'une personne infectée par le VHC selon jugement clinique (c.-à-d. si présence de sang au cours des relations sexuelles, si partage d'articles d'hygiène personnelle) - Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) qui vit avec le VIH ou à qui l'on envisage de prescrire une prophylaxie préexposition au VIH (PPRE) s'il n'en reçoit pas déjà une - Personne exposée à du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail ou exposition dans un contexte non professionnel) - Personne demandant un dépistage du VHC après un counseling prétest (même en l'absence de facteur de risque dévoilé) 									
Critères d'exclusion								Oui	Non
Femme enceinte									
Résultat anti-VHC positif antérieur									
Présence d'un résultat anti-VHC négatif il y a moins de 3 mois									
Présence d'un résultat ARN-VHC positif									
Personne qui est présentement traitée ou qui a déjà été traitée pour le VHC avec des AAD									
Personne exposée à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés dans les dernières 72 heures (tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail ou exposition dans un contexte non professionnel) **									
Signes ou symptômes caractéristiques d'une condition de santé décompensée nécessitant une référence médicale immédiate selon le contexte et le jugement du pharmacien collaborateur**									

* Si présence d'anti-VHC négatif antérieur au DSQ, le dépistage est possible si présence d'une autre indication de dépistage du VHC nommée ci-haut.

** Dans ces situations, l'utilisateur devrait être référé pour une évaluation médicale immédiate.

Décision finale

- Le sujet potentiel rencontre tous les critères d'inclusion et aucun des critères d'exclusion. Il est donc inclus dans l'étude.
- Le sujet potentiel ne satisfait pas les critères d'inclusion et/ou rencontre un ou des critères d'exclusion. Il est donc exclu de l'étude.

Numéro de pharmacien collaborateur unique : _____ Signature du pharmacien: _____

Pour toute question ou pour tout commentaire, s'il vous plaît communiquez à l'adresse pharmac.vhc.chum@ssss.gouv.qc.ca