

**CAS-INDEX ET PARTENAIRE(S) D'UNE MADO-ITSS**  
**RÉFÉRENCE À la DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE OUTAOUAIS pour Intervention préventive**

**ITSS-Maladie à déclaration obligatoire :  Chlamydia  Gonorrhée  Syphilis  Autre : \_\_\_\_\_**

*Ce formulaire peut aussi être utilisé pour référer un cas contact/ partenaire de VIH pour aide à la notification par la Santé publique, ne pas inscrire d'infos sur le cas-index car n'est pas une MADO-ITSS.*

<b>Cas index</b>
NOM : _____ ddn : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
Date du diagnostic : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
Traitement : _____ Date du Rx : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
Autres informations pertinentes à l'intervention : _____
_____
_____
_____

<b>Personne contact/ partenaire # 1</b>
Nom : _____ Prénom : _____
DDN : _____ (aaaa/mm/jj) ou âge approx. _____
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse : _____
Tél. résidence : _____ Tél. travail _____ Autre no tél. : _____
Autres caractéristiques : (identifiants ie taille, cheveux, yeux, occupation, école fréquentée, lieu de rencontre avec le cas index etc) : _____
_____
_____
Date du dernier contact sexuel avec cas-index : _____ (aaaa/mm/jj)

Envoi par :  
Télécopieur confidentiel au : 819-770-3307  
Téléphone: 819-776-7656  
Courriel: [julieevesque@ssss.gouv.qc.ca](mailto:julieevesque@ssss.gouv.qc.ca)

**Personne contact/partenaire # 2**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) ou âge approx. \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. résidence : \_\_\_\_\_ Tél. travail \_\_\_\_\_ Autre no tél. : \_\_\_\_\_

Autres caractéristiques : (identifiants ie taille, cheveux, yeux, occupation, école fréquentée, lieu de rencontre avec le cas index etc) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date du dernier contact sexuel avec cas-index : \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

**Personne contact/partenaire # 3**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) ou âge approx. \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. résidence : \_\_\_\_\_ Tél. travail \_\_\_\_\_ Autre no tél. : \_\_\_\_\_

Autres caractéristiques : (identifiants ie taille, cheveux, yeux, occupation, école fréquentée, lieu de rencontre avec le cas index etc) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date du dernier contact sexuel avec cas-index : \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

**Référence de**

Nom : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

Téléphone : \_\_\_\_\_

Envoi par :

Télécopieur confidentiel au : 819-770-3307

Téléphone: 819-776-7656

Courriel: [julielevesque@ssss.gouv.qc.ca](mailto:julielevesque@ssss.gouv.qc.ca)