Critères de notification
Persistance de l'Ag HBs pendant plus de 6 mois OU Présence de l'Ag HBs et d'IgG anti-HBc en l'absence d'IgM anti-HBc

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale
ARASS
Maladie à déclaration obligatoire

HEPATITE B CHRONIQUE

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : ❑ M ❑ F DDN |_|_|_|_|_|_|_|_| Numéro DN |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse géographique :..... Commune de résidence : ..... Tel : .....

Date de notification |_|_|_|_|_|_|_|_| Code d'anonymat |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| *(à remplir par le déclarant)*

✂

Date de notification |_|_|_|_|_|_|_|_| Code d'anonymat |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| *(à remplir par le déclarant)*

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**	**Médecin de la Direction de la santé**
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :	Date d'enregistrement
		Nom, tampon et signature :

Sexe : ❑ M ❑ F Age : |_|_|ans ou |_|_|mois Commune de résidence : ..... Ile / Pays .....

Diagnostic biologique (à remplir par le biologiste du laboratoire effectuant le prélèvement)

Date de prélèvement de la sérologie VHB |_|_|_|_|_|_|_|_|

IgM anti-HBc	❑ Faiblement positif	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non testé
Ac totaux anti-HBc		❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non testé
Ag HBs		❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non testé

ALAT (SGPT) |_|_|_|_|_| Normale du laboratoire |_|_| ❑ Non testé

Antécédents vaccinaux Le patient est-il vacciné contre l'hépatite B ? ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
Si oui, nombre de dose |_|_| Année de la dernière dose |_|_|_|_|

Facteurs de risque potentiels présents au cours des 6 semaines à 6 mois précédant le début de la maladie

Risque professionnel : contact avec du sang ou des liquides biologiques ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, profession : .....

Usage de drogues - par voie veineuse ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas - par voie pernasale ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Risque nosocomial
- transfusion (sang/produit sanguin) ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas - intervention chir. ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
- dialyse ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas - transplantation. ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
- soins dentaires ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
- exploration médicale invasive ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser (endoscopie, cathétérisme) : .....
- Autre ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser (acupuncture, mésothérapie) : .....

Si la réponse est oui pour l'un de ces actes, préciser le(s) pays où a (ont) eu lieu l'(es) acte(s) : .....

Autres expositions possibles : piercing, tatouage, morsure, piqûre ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser : .....

Risque sexuel
- partenaire sexuel AgHBs positif connu ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
- pratiques homosexuelles ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
- nombre de partenaires sexuels ❑ 1 ❑ >1 ❑ Ne souhaite pas répondre

Exposition familiale (pers. Vivant sous le même toit)
- personne de la famille AgHBs positive ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
- cas familial d'hépatite B aiguë ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Risque périnatal - nouveau-né d'une mère AgHBs positive ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas ❑ Non applicable

Autres risques
- vie en institution ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
- séjour dans un pays d'endémie ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser le pays : .....

Stade de la maladie

PBH (12 mois avant/ 6 mois après la prise en charge) ❑ Oui ❑ Non
Date de la PBH |_|_|_|_|_|_|_|_| Score Métavir : A |_|_| / F |_|_|

Test substituttif de la biopsie A |_|_| F |_|_| Date |_|_|_|_|_|_|_|_| ❑ Non fait ❑ Inconnu

Evolution « clinicobiologique » (qu'il y ait ou non histologie ou marqueurs de fibrose) Date |_|_|_|_|_|_|_|_|
❑ ALAT normales ❑ Hépatite chronique ❑ Cirrhose ❑ Cirrhose décompensée ❑Carcinome hépato-cellulaire ❑ Hépatite « aiguë »
❑ Guérison ❑ Spontanée ❑ Après traitement

Institution d'un traitement anti-viral ❑ Oui ❑ Non ❑ Prévue