Critères de notification
Diagnostic d'hépatite C antérieur à 6 mois avec virémie chronique supérieure à 6 mois

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

HEPATITE C CHRONIQUE

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**
Nom :	Nom du clinicien :
Etablissement/service :	Etablissement/service :
Adresse :	Adresse :
Tel/Fax :	Tel/Fax :
Signature :	

Médecin de la Direction de la santé
Date d'enregistrement
Nom, tampon et signature :

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

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

Date de notification Code d'anonymat *(à remplir par la DS)*

Date de notification Code d'anonymat *(à remplir par la DS)*

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

Lieu de naissance : ❑ Polynésie française ❑ France métropolitaine ❑ Autre, préciser : .....

Histoire de la maladie

Date de prise en charge dans la structure

Notion de sérologie VHC négative ❑ Oui ❑ Non Si oui, date de la dernière sérologie négative

Année ou période de contamination présumée ou entre et

Date de la première sérologie VHC positive si oui, résultats : .....

PBH antérieure de plus de 12 mois ❑ Oui ❑ Non Traitement antérieur ❑ Oui ❑ Non

ALAT à la prise en charge (en x N) , ARN VHC à la prise en charge ❑ Positif ❑ Négatif ❑ Non fait ❑ Inconnu

Génotype(s) : ..... ❑ Non fait ❑ Inconnu Sérotype : ..... ❑ Non fait ❑ Inconnu

Circonstance de découverte de la sérologie VHC positive

Bilan de santé	❑ Oui	❑ Non	Don du sang	❑ Oui	❑ Non
Bilan pré-transfusionnel	❑ Oui	❑ Non	Dépistage sur facteurs de risque	❑ Oui	❑ Non
Anomalie de la biologie hépatique	❑ Oui	❑ Non	Complication(s) de cirrhose	❑ Oui	❑ Non
Bilan d'un carcinome hépatocellulaire	❑ Oui	❑ Non	Autres	❑ Oui	❑ Non

Si oui, préciser : .....

Facteurs de risque

Transfusion de sang avant 1991	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	
Usage de drogues - par voie veineuse	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	- par voie pernasale ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
Risque professionnel	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	Si oui, profession : .....
Risque nosocomial	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	Si oui, préciser : .....
Autres	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	Si oui, préciser : .....
Aucun facteur de risque trouvé	❑ Oui	❑ Non		

Facteurs pronostic

Consommation d'alcool dans les 6 mois précédent le dépistage ❑ Oui ❑ Non Si oui, nombre de verre(s) par semaine

Notion de consommation excessive d'alcool dans le passé ❑ Oui ❑ Non Si oui, durée en année

Ag HBs ❑ Positif ❑ Négatif ❑ Non fait ❑ Inconnu Ac anti HBs ❑ Positif ❑ Négatif ❑ Non fait ❑ Inconnu

Sérologie VIH ❑ Positif ❑ Négatif ❑ Inconnu

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 substitutif 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