Critères de notification	
Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum	**Important :** Cette maladie doit faire l'objet **d'un signalement immédiat** au médecin désigné de l'ARASS, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale

ARASS

Maladie à déclaration obligatoire

HEPATITE AIGUE A

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 :

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 .....

Clinique

Présence de symptômes ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, date de début des symptômes
(asthénie, anorexie, fièvre, vomissement, douleur abdominales, diarrhée)

Ictère ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, date de début de l'ictère

Confirmation biologique

Date de prélèvement de la sérologie VHA

ALAT (SGPT) Normale du laboratoire ❑ Non testé

Hospitalisation ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, date d'admission date de sortie

Evolution ❑ Guérison ❑ Décès Si décès, date

Facteurs de risque potentiels présents dans les 2 à 6 semaines avant la date de début des symptômes, de l'ictère ou du diagnostic biologique

Autres cas d'hépatite A dans l'entourage ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui ❑ Famille ❑ Collectivité (garderie, école, établissement pour personne handicapées, ...) ❑ Autre, préciser : .....

Présence d'un enfant de moins de 3 ans au domicile ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Le cas travaille ou fréquente un(e) garderie ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
établissement pour personne handicapées ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Profession du cas : .....

Séjour hors Polynésie française ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, lieu : ..... Date de retour en Pf

Exposition alimentaire

Consommation de fruits de mer ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui, huître ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
autre(s) fruit(s) de mer ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Antécédents vaccinaux

Le patient est-il vacciné contre l'hépatite A ? ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui, nombre de dose date de la dernière dose