Critères de notification	
Présence d'IgM anti-VHE dans le sérum ou PCR positive	**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

Maladie à déclaration obligatoire

HEPATITE AIGUE E

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 (asthénie, anorexie, fièvre, vomissement, douleur abdominale, diarrhée) ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

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

Confirmation biologique

Date du prélèvement ☐☐☐☐☐☐☐☐ ALAT (SGPT) ☐☐☐☐☐ Normale du laboratoire ☐☐

IgM anti-VHE ❑ Positive ❑ Négative ❑ Non faite PCR ❑ Positive ❑ Négative ❑ Non faite

Hospitalisation ❑ Oui ❑ Non Si oui, date d'admission ☐☐☐☐☐☐☐☐ date de sortie ☐☐☐☐☐☐☐☐

Evolution ❑ Guérison ❑ Hépatite persistante (au-delà de 6 mois) ❑ Décès Si décès, date ☐☐☐☐☐☐☐☐

Facteurs de risque dans les 2 à 10 semaines avant la date de début des symptômes, de l'ictère ou du diagnostic biologique

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

Si oui ❑ Famille ❑ Collectivité (garderie, école, établissement pour personnes handicapé, …) ❑ Autre, préciser : .....

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

Contact avec des animaux

❑ Chiens/Chats ❑ Rongeurs ❑ Lapins ❑ Porcins ❑ Sangliers ou cochons sauvages ❑ Bovin ❑ Volailles ❑ Caprins

Fréquence des contacts ❑ Permanent (vit au foyer) ❑ Régulier (≥ 1/semaine) ❑ Occasionnel

Nature des contacts ❑ Toucher ❑ Nettoyage litière ❑ Autre, préciser : .....

Exposition à l'eau

Consommation d'eau provenant ❑ d'un réseau collectif de distribition
❑ d'un réseau privé (citerne, puits, …)
❑ d'une rivière, d'un étang

Contact avec l'eau provenant ❑ d'un étang, d'une mare
❑ d'une rivière, d'un ruisseau
❑ d'un fossé
❑ d'égouts
❑ autre, préciser : .....

Exposition alimentaire

Consommation de :

Porc	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	Si oui	❑ bien cuit	❑ saignant	❑ cru	Provenance : .....
Sanglier ou cochon sauvage	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	Si oui	❑ bien cuit	❑ saignant	❑ cru	Provenance : .....
Coquillages ou crustacés	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	Si oui	❑ bien cuit	❑ saignant	❑ cru	Provenance : .....
Légumes crus	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	Si oui, préciser la provenance :				
Fruits non pelés	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	Si oui, préciser la provenance :				

Exposition professionnelle

Profession : .....

Contact avec des animaux, vivants ou morts ❑ Oui ❑ Non

Si oui ❑ dans un élevage ❑ dans un abattoir ❑ dans une pisciculture ❑ autre, préciser : .....

Contact avec des eaux usées ❑ Oui ❑ Non

Si oui ❑ station d'épuration ❑ égouts ❑ fosse septique ❑ autre, préciser : .....

Comorbidités : .....