Critères de notification
Cas confirmé biologiquement

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

VIH

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 :	Nom du clinicien:	Date d'enregistrement
Etablissement/service :	Etablissement/service :	Nom, tampon et signature :
Adresse :	Adresse :	
Tel/Fax :	Tel/Fax :	
Signature :		

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

Diagnostic de l'infection Date de la première sérologie positive |_|_|_|_|_|_|_|_|

Motif du dépistage ❑ Risque d'exposition au VIH ❑ Grossesse ❑ Signes cliniques évocateurs de l'infection à VIH ou SIDA
❑ Autre, préciser : .....

Confirmation par Western Blot ❑ Oui ❑ Non
Type de virus ❑ VIH 1 ❑ VIH 2
Présence de mutations génotypiques ❑ Oui ❑ Non
Patient déjà diagnostiqué (par ex avant d'arriver en Pf) ❑ Oui ❑ Non Déjà traité ❑ Oui ❑ Non

Stade clinique de l'infection au moment de la déclaration ❑ Asymptomatique ❑ Primo-infection ❑ SIDA

Si stade SIDA : - première(s) pathologie(s) opportuniste(s) : .....
- date du diagnostic |_|_|_|_|_|_| (mois, année)

Co-infections Hépatite B active ❑ Positive ❑ Négative ❑ Non fait
Hépatite C active ❑ Positive ❑ Négative ❑ Non fait

Facteurs de risque (indiquez le plus important)

❑ Homo/Bisexuel masculin
❑ Hétérosexuel à partenaires multiples
❑ Partenaire séropositif
❑ Utilisateur de drogue en intraveineux
❑ Transfusion de produits sanguins au cours des 5 ans précédant les symptômes si oui, date |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu : .....
❑ Personne exposée à des instruments pouvant percer la peau ou les muqueuses
❑ Séjour dans un pays à forte endémie VIH
❑ Transmission materno-fœtale Mode de contamination de la mère : .....
❑ Aucun facteur risque identifié (patient ne rentrant pas dans une des catégories ci-dessus)

Résidence en Polynésie française
❑ Depuis la naissance ❑ Date d'arrivée en Pf |_|_|_|_|_|_|_|_| ❑ séjour provisoire (non résident) depuis |_|_|_|_|_|_|_|_|
Lieu présumé de contamination ❑ PF ❑ Hors PF, préciser : .....

Suivi du patient

❑ Passage au stade SIDA Date de diagnostic |_|_|_|_|_|_|_|_|
❑ Décédé Date du décès |_|_|_|_|_|_|_|_|
❑ A quitté le territoire Date de départ de Pf |_|_|_|_|_|_|_|_|
❑ Perdu de vu Date de dernière consultation |_|_|_|_|_|_|_|_|

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