

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 la Direction de la santé, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé



Maladie à déclaration obligatoire
HEPATITE AIGUE A

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

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

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 _____