

Critères de notification
Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum

<p>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.</p>

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 :	Nom du clinicien :
Etablissement/service :	Etablissement/service :
Adresse :	Adresse :
Tel/Fax :	Tel/Fax :
Signature :	

Médecin de la Direction de la santé
Date d'enregistrement <input style="width: 100px;" type="text"/>
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