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

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

HEPATITE AIGUË C

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
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 a DS)*

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

Lieu de naissance : ❑ Polynésie française ❑ France métropolitaine ❑ Autre, préciser : .....

Histoire de la maladie

Notion de sérologie VHC négative ❑ Oui ❑ Non Si oui, date de la dernière sérologie négative

Date de la première sérologie VHC positive si oui, résultats : .....

ALAT à la prise en charge (en x N) , ARN VHC à la prise en charge ❑ Positif ❑ Négatif ❑ Non fait ❑ Inconnu

Génotype(s) : ..... ❑ Non fait ❑ Inconnu Sérotype : ..... ❑ Non fait ❑ Inconnu

PBH ❑ Oui ❑ Non Si oui, date Score Métavir : A / F

Test substitutif de la biopsie A F Date ❑ Non fait ❑ Inconnu

Evolution « clinicobiologique » (qu'il y ait ou non histologie ou marqueurs de fibrose) Date

❑ ALAT normales ❑ Hépatite chronique ❑ Guérison ❑ Spontanée ❑ Après traitement

Institution d'un traitement anti-viral ❑ Oui ❑ Non ❑ Prévue

Clinique

Attention en cas de : Antécédent d'hépatite C chronique connu du prescripteur ❑ Oui ❑ Non

Réactivation d'une infection chronique ❑ Oui ❑ Non

Le médecin renvoi la fiche sans compléter les questions suivantes.

Présence de symptômes ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, date de début des symptômes

(asthénie, anorexie, fièvre, vomissement, douleur abdominales, doarrhée)

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

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

Forme Fulminante* ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

**Encéphalopathie clinique (astérixis ou confusion du coma) et taux de prothrombine < 50 % dans les 3 mois après le début de l'ictère.*

Circonstance de découverte de la sérologie VHC positive

Signes cliniques ❑ Oui ❑ Non Don du sang ❑ Oui ❑ Non

Bilan de santé ❑ Oui ❑ Non Dépistage sur facteurs de risque ❑ Oui ❑ Non

Bilan pré-transfusionnel ❑ Oui ❑ Non Complication(s) de cirrhose ❑ Oui ❑ Non

Anomalie de la biologie hépatique ❑ Oui ❑ Non Autres ❑ Oui ❑ Non Si oui, préciser : .....

Bilan d'un carcinome hépatocellulaire ❑ Oui ❑ Non

Facteurs de risque

Transfusion de sang avant 1991 ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Usage de drogues - par voie veineuse ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas - par voie pernasale ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Risque professionnel ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser la profession : .....

Risque nosocomial ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser : .....

Autres ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser : .....

Aucun facteur de risque trouvé ❑ Oui ❑ Non

Consommation d'alcool dans les 6 mois précédent le dépistage ❑ Oui ❑ Non Si oui, nombre de verre(s) par semaine

Notion de consommation excessive d'alcool dans le passé ❑ Oui ❑ Non Si oui, durée en année

Ag HBs ❑ Positif ❑ Négatif ❑ Non fait ❑ Inconnu Ac anti HBs ❑ Positif ❑ Négatif ❑ Non fait ❑ Inconnu

Sérologie VIH ❑ Positif ❑ Négatif ❑ Non fait ❑ Inconnu