Critères de notification		Polynésie française Ministère chargé de la santé Direction de la santé Maladie à déclaration obligatoire **HEPATITE AIGUE E**
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 la Direction de la santé, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.	

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 : ……