

Critères de notification

Persistance de l'Ag HBs pendant plus de 6 mois OU Présence de l'Ag HBs et d'IgG anti-HBc en l'absence d'IgM anti-HBc

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé



Maladie à déclaration obligatoire
HEPATITE B CHRONIQUE

Nom : Prénom : Sexe : 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)
Nom :
Etablissement/service :
Adresse :
Tel/Fax :
Signature :
Si notification par un biologiste
Nom du clinicien :
Etablissement/service :
Adresse :
Tel/Fax :

Médecin de la Direction de la santé
Date d'enregistrement
Nom, tampon et signature :

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

Diagnostic biologique (à remplir par le biologiste du laboratoire effectuant le prélèvement)

Date de prélèvement de la sérologie VHB
IgM anti-HBc Faiblement positif Positif Négatif Non testé
Ac totaux anti-HBc Positif Négatif Non testé
Ag HBs Positif Négatif Non testé
ALAT (SGPT) Normale du laboratoire Non testé

Antécédents vaccinaux Le patient est-il vacciné contre l'hépatite B ? Oui Non Ne sait pas
Si oui, nombre de dose Année de la dernière dose

Facteurs de risque potentiels présents au cours des 6 semaines à 6 mois précédant le début de la maladie

Risque professionnel : contact avec du sang ou des liquides biologiques 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 nosocomial - transfusion (sang/produit sanguin) Oui Non Ne sait pas - intervention chir. Oui Non Ne sait pas
- dialyse Oui Non Ne sait pas - transplantation. Oui Non Ne sait pas
- soins dentaires Oui Non Ne sait pas
- exploration médicale invasive Oui Non Ne sait pas Si oui, préciser (endoscopie, cathétérisme) :
- Autre Oui Non Ne sait pas Si oui, préciser (acupuncture, mésothérapie) :

Autres expositions possibles : piercing, tatouage, morsure, piqûre Oui Non Ne sait pas Si oui, préciser :

Risque sexuel - partenaire sexuel AgHBs positif connu Oui Non Ne sait pas
- pratiques homosexuelles Oui Non Ne sait pas
- nombre de partenaires sexuels 1 >1 Ne souhaite pas répondre

Exposition familiale (pers. Vivant sous le même toit) - personne de la famille AgHBs positive Oui Non Ne sait pas
- cas familial d'hépatite B aiguë Oui Non Ne sait pas

Risque périnatal - nouveau-né d'une mère AgHBs positive Oui Non Ne sait pas Ne applicable

Autres risques - vie en institution Oui Non Ne sait pas
- séjour dans un pays d'endémie Oui Non Ne sait pas Si oui, préciser le pays :

Stade de la maladie

PBH (12 mois avant/ 6 mois après la prise en charge) Oui Non
Date de la PBH 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)
ALAT normales Hépatite chronique Cirrhose Cirrhose décompensée Carcinome hépato-cellulaire Hépatite « aiguë »
Guérison Spontanée Après traitement

Institution d'un traitement anti-viral Oui Non Prévue