Critères de notification
Diagnostic d'hépatite C antérieur à 6 mois avec virémie chronique supérieure à 6 mois

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

HEPATITE C CHRONIQUE

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 la 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

Date de prise en charge dans la structure |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Année ou période de contamination présumée |_|_|_|_| ou entre |_|_|_|_| et |_|_|_|_|

Date de la première sérologie VHC positive |_|_|_|_|_|_|_|_| si oui, résultats : ……

PBH antérieure de plus de 12 mois ❑ Oui ❑ Non Traitement antérieur ❑ Oui ❑ Non

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

Circonstance de découverte de la sérologie VHC positive

Bilan de santé ❑ Oui ❑ Non Don du sang ❑ Oui ❑ Non

Bilan pré-transfusionnel ❑ Oui ❑ Non Dépistage sur facteurs de risque ❑ Oui ❑ Non

Anomalie de la biologie hépatique ❑ Oui ❑ Non Complication(s) de cirrhose ❑ Oui ❑ Non

Bilan d'un carcinome hépatocellulaire ❑ Oui ❑ Non Autres ❑ Oui ❑ Non Si oui, préciser : ……

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, 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

Facteurs pronostic

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 ❑ Inconnu

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) Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

❑ 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