République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**
Nom :	**Nom du clinicien :**
Hôpital/service :	
Adresse :	Hôpital/service :
Téléphone :	Adresse :
Télécopie :	Téléphone :
Signature :	Télécopie :

Maladie à déclaration obligatoire

cerfa

Hépatite aiguë A

N° 12614*02

Important : tout cas d'hépatite A doit **être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie…)** au médecin de l'ARS.

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Diagnostic biologique : Réactif : .....

Date du prélèvement IgM VHA positif : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Signal échantillon : ☐☐,☐☐ Seuil de positivité : ☐☐,☐☐

ALAT (SGPT) : ☐☐☐☐☐ Normale du laboratoire : ☐☐

Clinique :

Présence de symptômes* : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

**asthénie, anorexie, fièvre, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée*

Ictère : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, date de début de l'ictère : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Hépatite aiguë A

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

Dans les **2 à 6 semaines** avant la date de début des symptômes, de l'ictère ou du diagnostic biologique **(plusieurs réponses possibles) :**

Autre(s) cas d'hépatite A dans l'entourage : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui : ☐ famille ☐ collectivité d'enfants (crèche, garderie, école, établissement pour personnes handicapées)

☐ autre(s), préciser : .....

Présence d'un enfant de moins de 3 ans au domicile : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Le cas **travaille dans ou fréquente un(e) :** - crèche : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

- établissement pour personnes handicapées : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Séjour **hors France** métropolitaine : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le lieu ou le pays : .....

Consommation de fruits de mer en France métropolitaine : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui : - huîtres : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

- autre(s) fruit(s) de mer, préciser : .....

Antécédents vaccinaux :

Le cas est-il **vacciné** contre l'hépatite A : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, nombre de doses : ☐ Date de la dernière dose : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Profession du cas : .....

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**	**ARS (signature et tampon)**
Nom :	**Nom du clinicien :**	
Hôpital/service :		
Adresse :	Hôpital/service :	
Téléphone :	Adresse :	
Télécopie :	Téléphone :	
Signature :	Télécopie :	