


République française

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

Maladie à déclaration obligatoire	
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 : (A établir par l'ARS) Date de la notification :

 Code d'anonymat : (A établir par l'ARS) Date de la notification :

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

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)
 Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire