Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	***Si notification par un biologiste***
Nom : _____	**Nom :** _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature :	**Signature :**

DASS
Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

Hépatite A aiguë

IMPORTANT : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax . . .) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M ☐ F ☐ Date de naissance *(jj/mm/aaaa)* :

Adresse : _____ Téléphone : Commune domicile :

Code d'anonymat : Date de notification :

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 ☐

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, 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 de la Nouvelle-Calédonie : Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

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

Consommation de fruits de mer en Nouvelle-Calédonie : Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Si **oui** : • Huîtres : Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

• Autres fruits de mer, préciser :

Antécédents vaccinaux :

Le cas a été vacciné contre l'hépatite A : Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Si oui, nombre de doses : Si oui, date de la dernière dose *(jj/mm/aaaa)* :

Profession du cas :

Maladie à déclaration obligatoire (délibération 423 du 26 novembre 2008) - Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique automatisé déclaré à la CNIL.
Conformément à la loi du 6 janvier 1978, le patient ou le médecin déclarant ont le droit d'accès et de rectification immédiat au fichier par demande directe au médecin inspecteur de la DASS-NC,
5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex. Fiche à transmettre au médecin inspecteur de la DASS-NC, 5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex - **Tél : 24 37 00 - Fax. 05 11 33 - Numéro vert. 05 11 03**