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

Hépatite aiguë A

cerfa 12614*01

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

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

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

(À établir par la Ddass)

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

(À établir par la Ddass)

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

Critère 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 : - huitres : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

- autre(s) fruits 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 *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Profession du cas : .....

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