



# Hépatite B

## Déclaration du résultat d'analyse clinique

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

**Patient/e** nom/prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Genre:  f  m  trans (MtF)<sup>b</sup>  trans (FtM)<sup>b</sup>  VDS<sup>b</sup>  
NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_  
Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_ pays d'origine<sup>c</sup>:  CH  autre: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

J'ai déjà entièrement rempli et envoyé une déclaration pour ce/tte patient/e:  oui

Si «oui», veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal SANS remplir la suite.

Diagnostic connu depuis plus d'une année par le médecin ou le/la patient/e:  oui (année): \_\_\_\_\_  non

Date du diagnostic: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (documenté)

Manifestations **actuelles**:  ictère  transaminases  $\geq 2.5x \uparrow$   autre: \_\_\_\_\_  aucune  inconnu

Début de la manifestation: date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  inconnu

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_

Motif:  suspicion clinique  exposition  dépistage<sup>d</sup>  autre: \_\_\_\_\_  inconnu

Séroconversion documentée<sup>e</sup>:  oui, date de la dernière sérologie **anti-HBc négative**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  non  inconnu

**Evolution**  aiguë  chronique  cirrhose  hépatocarcinome

### Statut vaccinal

Vacciné/-e contre l'hépatite B:  oui, total de doses: \_\_\_\_\_  non  inconnu

vaccin (nom commercial), 1<sup>re</sup> dose: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

vaccin (nom commercial), dernière dose: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

A votre avis, le patient était-il déjà infecté avant la vaccination?  oui  non  pas clair

**Exposition** au cours des 6 derniers mois avant le début des manifestations (ou au moment présumé de l'infection)

Où:  CH  étranger, pays: \_\_\_\_\_  inconnu

Quand: date d'exposition: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  inconnu

Comment:  périnatale

contact avec personne infectée:  dans la famille  sur le lieu de travail: \_\_\_\_\_

autre: \_\_\_\_\_

contact sexuel avec personne infectée:  femme  homme  transgenre

consommation de drogues par injection ou sniff

transfusion(s), année(s): \_\_\_\_\_

dialyse

profession de la santé: \_\_\_\_\_

autre: \_\_\_\_\_  inconnu/aucune voie de transmission identifiable

Personnes exposées:  oui  non  inconnu si oui:  partenaire sexuel  membres d'un ménage

enfant à naître ou nouveau-né  autres: \_\_\_\_\_

Activité professionnelle: \_\_\_\_\_

**Médecin** nom, adresse, tél./fax (ou timbre): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: \_\_\_\_\_

### Médecin cantonal

Mesures:  non  oui: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> MtF = sexe de naissance masculin (M), identité de genre féminin (F) ou non binaire. (FtM) = sexe de naissance féminin (F), identité de genre masculin (M) ou non binaire. VDS = Variation du développement sexuel (intersexe).

<sup>c</sup> si le patient ou ses parents ont immigré en Suisse, veuillez s.v.p. indiquer le pays d'origine

<sup>d</sup> analyse de dépistage, resp. préventive dans des groupes à risque spécifique, p.ex. femmes enceintes, recrues, donneurs de sang ou participants à une étude

<sup>e</sup> sérologie antérieure négative anti-HBc documentée, joindre s.v.p. une copie du résultat