



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

# Hépatite B

## Déclaration du résultat d'analyse clinique

**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  $\geq 2.5 \times \uparrow$  ☐ 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** avant le diagnostic: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ 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. (ou timbre): \_\_\_\_\_

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

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

**Médecin cantonal**

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

<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> joindre s.v.p. une copie du résultat négatif de la sérologie anti-HBc antérieure.