



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

Hépatite B

Déclaration du résultat d'analyse clinique

Patient/e nom/prénom: _____ date de naissance: ____/____/____
Genre: ☐ f ☐ m ☐ trans (MtF)^b ☐ trans (FtM)^b ☐ VDS^b
NPA/domicile: _____ canton: _____ pays de résidence, si pas CH: _____
Nationalité: ☐ CH ☐ autre: _____ pays d'origine^c: ☐ 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^d ☐ autre: _____ ☐ inconnu
Séroconversion documentée^e: ☐ 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^{re} 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: ____/____/____ signature: _____

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

Médecin cantonal nom, adresse, tél.(ou timbre): _____

Mesures: ☐ non ☐ oui: _____ date: ____/____/____ signature: _____

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>
^b 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).
^c si le patient ou ses parents ont immigré en Suisse, veuillez s.v.p. indiquer le pays d'origine
^d analyse de dépistage, resp. préventive dans des groupes à risque spécifique, p.ex. femmes enceintes, recrues, donneurs de sang ou participants à une étude
^e joindre s.v.p. une copie du résultat négatif de la sérologie anti-HBc antérieure.