



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**: ___/___/___ 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 sérologie antérieure négative anti-HBc documentée, joindre s.v.p. une copie du résultat