



## Déclaration des maladies infectieuses Hépatite E aiguë

**Avis important :** Le formulaire dûment rempli, daté et signé est à envoyer à la Division de l'Inspection Sanitaire à l'adresse figurant dans l'en-tête.



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](http://adobe.com).

### 1. Médecin

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Signalétique du médecin

Code médecin\* :

Nom\* :

Prénom\* :

Spécialité\* :

#### Adresse professionnelle

Numéro\* :

Rue\* :

Code postal\* :

Localité\* :

Pays\* :

#### Contact du médecin

Téléphone :

Adresse e-mail :

#### Signature du médecin

Fait à\* :

Le\* :

(signature)



## 2. Patient

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

### Signalétique du patient

Numéro d'identification national : (Matricule)

ou pas de numéro d'identification national

Nom actuel\* :

Prénom\* :

Date de naissance :

Âge :  ans

Sexe :  Homme

Femme

Autre

Profession :

### Adresse du patient

Numéro\* :

Rue\* :

Code postal\* :

Localité\* :

Pays\* :

### Contact du patient

Téléphone :

Adresse e-mail :

Patient mineur ou inapte ?  Oui  Non

### Contact tuteur/tutrice

Nom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adresse e-mail :



### 3. Informations sur la maladie

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Critères cliniques

Nom de la maladie\* :

#### Informations générales sur la maladie

Classification :  Probable  Possible  Confirmé  Inconnu

Date du diagnostic\* :

Traitement démarré :  Oui  Non  Non applicable  Inconnu

Hospitalisation :

Oui

à l'Hôpital/Clinique\* :

Non

du\* :

au\* :

Statut vital :

En vie

Décédé suite à la maladie

Décédé suite à une cause différente

Date du décès :

Remarques du médecin :

Séjour pendant la période d'incubation  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### Voyages

Voyage n°	Pays	Localité	Date arrivée	Date départ
1				
2				
3				
4				
5				
6				



## 4. Informations sur la maladie (cont.)

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

### Critères cliniques

Nom de la maladie (rappel) :

### Informations spécifiques à la maladie

Date début des premiers symptômes : Mois :  Année :

### Manifestations cliniques :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asymptomatique               | <input type="checkbox"/> Elévation des transaminases sériques |
| <input type="checkbox"/> Fatigue                      | <input type="checkbox"/> Fièvre                               |
| <input type="checkbox"/> Anorexie                     | <input type="checkbox"/> Ictère                               |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée                     | <input type="checkbox"/> Nausées intermittentes               |
| <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales         | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit                      |
| <input type="checkbox"/> Inconnu                      | <input type="checkbox"/> Vomissements                         |
| <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> |   |

### Transmission probable

- Alimentaire y compris la consommation d'eau potable
- Mère - enfant
- Transfusion sanguine
- Transplantation d'organe
- Inconnu
- Autre :