

SANTÉ**Arrêté du 19 avril 2002 relatif à la notification obligatoire de l'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B et de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, quel que soit le stade**

NOR : SANP0221451A

Le ministre délégué à la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 3113-1, R. 11-2 et D. 11-1 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 21 mars 2002 portant le numéro 02-020,

Arrête :

Art. 1^{er}. – La notification des données individuelles concernant les cas d'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B doit être effectuée sur une fiche dont le modèle est annexé au présent arrêté (annexe 1).

Art. 2. – La notification des données individuelles concernant les cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, quel que soit le stade, doit être effectuée sur une fiche dont le modèle est annexé au présent arrêté (annexe 2).

Art. 3. – Cet arrêté entrera en vigueur à la date de la mise à disposition du système de codage informatique prévu à l'article R. 11-2 du code de la santé publique.

Art. 4. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 19 avril 2002.

BERNARD KOUCHNER



Annexe 2 : INFECTION VIH CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT (âge ≥ 16 ans)
Définition : toute sérologie VIH confirmée sur un 2^{ème} prélèvement, à partir de juillet 2002
 Droit d'accès et de rectification (loi du 6 janvier 1978) par l'intermédiaire du médecin déclarant auprès de l'InVS

00001
 DDASS

1 Caractéristiques socio-démographiques :

Code du patient : _____ Année de naissance : _____ Sexe : M F
 Pays de domicile : France Étranger Si France, préciser le département de domicile : _____
 Pays de naissance : _____ Nationalité actuelle : _____
 Profession (actuelle ou dernière exercée) : _____
 Statut d'emploi : en activité : oui non si non, préciser : étudiant/formation invalidité/pensionné
 retraité chômeur autre

2 Réalisation antérieure de sérologies VIH :

- La personne a-t-elle déjà eu une sérologie VIH négative : oui non inconnu Si oui, date de la dernière : _____
 mois année
 - La personne a-t-elle déjà eu une sérologie VIH positive : oui non inconnu Si oui, date de la première : _____
 si la séropositivité était connue avant juillet 2002, ne pas compléter les rubriques 3, 4 et 5 mois année
 réalisée dans une CDAG : oui non inconnu
 - Nombre total de sérologies VIH réalisées (y compris celle motivant la notification) : _____

3 Diagnostic de l'infection VIH :

Date du prélèvement de la sérologie positive : _____ Si Western Blot incomplet, préciser la technique de confirmation : _____
 jour mois année
 Type de virus : VIH1 VIH2 inconnu
 État de séroconversion : oui non inconnu
 Motif(s) du dépistage : Risque d'exposition au VIH Symptômes ou signes cliniques Début de prise en charge pour le VIH
 Grossesse Autre , préciser : _____

4 Stade clinique de l'infection :

Primo-infection Asymptomatique Symptomatique non-Sida Non précisé
 Sida : dans ce cas, ne pas remplir la rubrique 5, mais remplir une déclaration de Sida

5 Mode(s) et date de contamination probables :

◆ **Mode(s) de contamination probable(s)** (une des 3 cases oui/non/inconnu doit être cochée pour chaque item) :
 - Rapports homosexuels oui non inconnu
 - Rapports hétérosexuels oui non inconnu
 - Usage de drogues injectables oui non inconnu
 - Autre oui non inconnu si oui, préciser : _____
 ◆ **A t-on des précisions sur le partenaire à l'origine probable de la contamination ?** oui non
 si oui, préciser :
 - si la séropositivité du partenaire était connue du patient au moment de la contamination : oui non
 - en cas de contamination sexuelle, si le partenaire à l'origine probable de la contamination était :
 un partenaire : stable occasionnel anonyme
 un partenaire : * vivant ou ayant vécu dans une communauté où la prévalence est élevée :
 africaine (sub-Sahara) caraïbéenne asiatique (Sud/Sud-Est) autre , préciser : _____
 * usager de drogues
 * autre , préciser : _____
 - en cas de partage de matériel d'injection, si le partenaire à l'origine probable de la contamination était :
 un(e) partenaire sexuel(le) un(e) ami(e) de la famille (fratrie,...) une connaissance un(e) inconnu(e)
 ◆ **Estimation possible de la date de contamination :** oui non
 si oui, préciser à quelle date ou période : _____ et comment (prise de risque unique, primo-infection,...) : _____
 mois année

6 Observations :

7 Médecin prescripteur :

Nom : _____ Tel : _____ Poste : _____
 Cadre d'exercice :
 Hôpital ou clinique Nom de l'hôpital : _____
 Nom du chef de service : _____ Spécialité du service : _____
 Médecine libérale
 Autre cadre , préciser : _____
 Adresse : _____ Date de déclaration : _____
 jour mois année

8 Biologiste déclarant :

Nom : _____ Tel : _____ Poste : _____
 Nom et adresse du laboratoire (ou cachet) : _____
 Date de déclaration : _____
 jour mois année


Annexe 2
INFECTION VIH ET CAS DE SIDA CHEZ L'ENFANT (AGE < 16 ANS)

DDASS

 Définition du Sida (révision 1993).
 Droit d'accès et de rectification (loi du 6 janvier 1978)
 par l'intermédiaire du médecin déclarant auprès de l'InVS.

ENFANT :

DSK : ne pas remplir cette zone griséeCode de l'enfant : _____ Année de naissance : _____ Sexe : M F Inclus dans la cohorte pédiatrique : oui non Si oui, maternité de naissance : _____

Si non, pays de naissance : _____

Pays de domicile : France Etranger Si France, préciser le département de domicile : _____VIVANT DECEDE Date du décès : ____/____/____
DIAGNOSTIC DE L'INFECTION VIH CHEZ L'ENFANT

Date du diagnostic : ____/____/____

Examens viraux :

 Deux résultats positifs sur deux prélèvements différents
 sont nécessaires (même méthode ou deux méthodes
 différentes). Préciser les examens positifs :

	1 ^{er} prélév.	2 ^e prélév.
Culture virale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antigénémie p24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIH1 VIH2
Sérologie : si enfant ≥ 18 mois

	positif	négatif ou indéterminé	non fait
Anticorps anti-VIH1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticorps anti-VIH2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mode de contamination :

- ♦ materno-fœtale : oui non inconnu
- origine géographique de la mère : France métropolitaine Afrique du nord
 Afrique subsaharienne Caraïbes
 Autre , préciser : _____
- mode de contamination de la mère :
 usage de drogues injectables oui non inconnu
 rapports hétérosexuels oui non inconnu
 autre : _____
- ♦ autre, préciser : _____

 Connaissance de la sérologie maternelle en début de grossesse : oui non
Traitement prophylactique de la transmission materno-fœtale

- ♦ traitement antirétroviral durant la grossesse oui non inconnu
- ♦ traitement antirétroviral en per-partum oui non inconnu
- ♦ césarienne oui non inconnu
- ♦ traitement antirétroviral post-natal de l'enfant oui non inconnu

DIAGNOSTIC DE SIDA CHEZ L'ENFANT

Candidose oesophagienne	mois/an ____/____	Infection à CMV ⁵	mois/an ____/____	Lymphome non hodgkinien ⁷	mois/an ____/____
Candidose bronches/trachée/poumon	____/____	localisation : _____	____/____	Type et localisation : _____	____/____
Coccidioïdomycose ¹	____/____	Infection à <i>mycobactérium</i> ⁶	____/____	Pneumonie interstitielle lymphoïde	____/____
Cryptococcose extra-pulmonaire	____/____	<i>avium</i> <input type="checkbox"/> <i>kansasii</i> <input type="checkbox"/> <i>xénopi</i> <input type="checkbox"/>	____/____	Pneumocystose pulmonaire	____/____
Cryptosporidiose ²	____/____	atypique autre <input type="checkbox"/> non identifiée <input type="checkbox"/>	____/____	Sarcome de Kaposi	____/____
Encéphalopathie à VIH	____/____	localisation : _____	____/____	Septicémie à salmonelle autre que <i>S. Typh</i> ⁸	____/____
Histoplasmose ¹	____/____	Isosporidiose ²	____/____	Syndrome cachectique ⁹	____/____
Infection bactérienne récidivante ³	____/____	Leucoencéphalite multifocale progressive	____/____	Toxoplasmosse cérébrale ¹⁰	____/____
Infection herpétique ⁴	____/____	Lymphome cérébral primaire	____/____	Tuberculose extra-pulmonaire	____/____

Traitement dans l'année précédant le Sida :

 Prophylaxie de la pneumocystose et toxoplasmosse oui non inconnu
 Traitement anti-rétroviral pré-Sida oui non inconnu

 Nombre de CD4 au moment
 du diagnostic de Sida _____/mm3
 _____%

Date de la mesure des CD4 : ____/____/____

OBSERVATIONS

Nom du chef de service : _____ Médecin déclarant : _____

Spécialité du service : _____ Tel : _____ Poste : _____

Hôpital / ville : _____ Date de déclaration du cas de Sida : ____/____/____