

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



N°00001

DDASS de : _____

ANNEXE 1 : HEPATITE B AIGUE

Maladie à déclaration obligatoire, décret du 6 mai 1999

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

Critères de déclaration : sujet dans le sérum duquel ont été mis en évidence, pour la première fois, des **IgM anti-HBc**.
 Et, si **IgM non testées** : mise en évidence de l'antigène HBs et des anticorps totaux anti-HBc, dans le contexte diagnostique d'une **hépatite aiguë**.
Sont à exclure : les cas de portage chronique de l'Ag HBs, notamment les cas de réactivation d'une infection chronique avec positivation des IgM anti-HBc

Code du patient : _____ Année de naissance : ____/____/____ Sexe : M F
 Département de domicile : ____/____/____ Si domicilié hors de France, pays : _____

Date du prélèvement de la sérologie VHB : ____/____/____
 IgM anti HBc : faiblement positif positif négatif non testé
 Ac totaux anti HBc : positif négatif non testé
 Ag HBs : positif négatif non testé
 ALAT (SGPT) : _____ (Norme du laboratoire inférieure à : _____)

Réactivation d'une infection chronique oui non (Attention : si oui, le médecin renvoie la fiche à la DDASS sans compléter les autres questions des rubriques 3, 4, 5)
 Présence de signes cliniques oui non nsp Hospitalisation oui non nsp
 si oui, date de début des signes cliniques ____/____/____ Forme fulminante* oui non nsp
 Ictère oui non nsp Evolution (formes fulminantes) guérison greffe décès
 *Encephalopathie clinique (astérisis ou confusion ou coma) et taux de prothrombine < 50% dans les 3 mois après le début de l'ictère.

Le patient est-il vacciné contre l'hépatite B ? oui non nsp Si oui, nombre de doses ____/____ Année de la dernière dose : ____/____/____

Facteurs présents au cours des six semaines à 6 mois avant le début de la maladie :

Risque professionnel
 Contacts possibles avec du sang ou des liquides biologiques oui non nsp
 Si oui, profession (en clair) : _____

Usage de drogues
 - par voie intraveineuse oui non nsp
 - par voie pernasale oui non nsp

Risque nosocomial
 Transfusion (sang ou produits sanguins) oui non nsp
 Intervention chirurgicale oui non nsp
 Exploration médicale invasive oui non nsp
 (endoscopie, cathétérisme...), préciser : _____
 Dialyse oui non nsp
 Transplantation oui non nsp
 Soins dentaires oui non nsp
 Autres (acupuncture, mésothérapie...) oui non nsp
 préciser (en clair) : _____
 Si la réponse est oui pour l'un de ces actes, préciser le(s) pays où a (ont) eu lieu le(s) acte(s) : _____

Autres expositions parentérales possibles :
 Piercing, tatouage, morsure, piqûre, ... oui non nsp
 préciser : _____

Risque sexuel
 Partenaire sexuel AgHBs positif connu oui non nsp
 Pratiques homosexuelles oui non nsp
 Nombre de partenaires sexuels : > 1 ne souhaite pas répondre

Exposition familiale (personnes vivant sous le même toit)
 Personne de la famille Ag HBs positive oui non nsp
 Cas familial d'hépatite aiguë B oui non nsp

Risque périnatal
 Nouveau-né de mère AgHBs positive oui non nsp
 non applicable

Autres risques
 Vie en institution oui non nsp
 Voyage dans un pays d'endémie oui non nsp
 si oui, pays : _____

Nom : _____ Téléphone : _____ Date de déclaration : ____/____/____
 Adresse complète : _____

Nom du biologiste : _____ Téléphone : _____ Date de déclaration : ____/____/____
 Nom et adresse du laboratoire : _____



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 CAS DE SIDA CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT (âge ≥ 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.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

DSK : [redacted] ne pas remplir cette zone grisée

Code du patient : [] Année de naissance : [] Sexe : M [] F []
Pays de domicile : France [] Etranger [] 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 []
Vivant [] Décédé [] Date du décès : []

DIAGNOSTIC (première(s) pathologie(s) opportuniste(s))

Cancer invasif du col []
Candidose bronches / trachée / poumons []
Candidose oesophagienne []
Coccidioïdomycose¹ []
Cryptococcose extra-pulmonaire []
Cryptosporidiose² []
Encéphalopathie à VIH []
Histoplasmoses¹ []
Infection à CMV3 [] Localisation []
Infection à HSV⁴ []
Infection à mycobactérie¹ [] Avium [] Kansalii [] Xéropi [] atypique autre [] non identifiée [] Localisation []
Isosporidiose² []
Leucoencéphalite multilocale progressive []
Lymphome cérébral primaire []
Lymphome non Hodgkinien⁵ [] Type et localisation []
Pneumocystose pulmonaire []
Pneumopathie bactérienne récurrente⁶ []
Sarcome de Kaposi []
Septicémie à salmonella non typhi récur. []
Syndrome cachectique⁷ []
Toxoplasmose cérébrale []
Tuberculose extrapulmonaire ou miliaire []
Tuberculose pulmonaire []

TRAITEMENTS ANTI-RÉTROVIRAUX PRÉ-SIDA (sur ceux des deux dernières années)
OUI [] NON [] INCONNU []
si oui, préciser la durée totale : <3 mois [] ≥3 mois []

BIOLOGIE

Positif négatif ou indéterminé non fait
Anticorps anti-VIH 1 [] [] []
Anticorps anti-VIH 2 [] [] []
Date de 1ère sérologie positive [] mois [] an
Si date inconnue, séroposivité connue avant le SIDA : oui [] ne sait pas [] [] mm³
Nombre de CD4+ au diagnostic du Sida [] (Mesure la plus proche possible du diagnostic)
Date de la mesure des CD4+ [] mois [] an

MODE(S) ET DATE DECONTAMINATION PROBABLES

♦ Mode(s) de contamination probable(s) : (une des 3 cases ou/ou/ou 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 (préciser) []
♦ A-t-on des précisions sur le partenaire à l'origine probable de la contamination : oui [] non [] Si oui, préciser :
- si la séroposivité 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) [] caribéenne [] 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 [] une connaissance [] un(e) inconnu(e) []
♦ Estimation possible de la date de contamination : oui [] non [] Si oui, préciser : A quelle date ou période : [] et comment (prise de risque unique, primo-infection,...) :

Nom du Chef de service : [] Médecin déclarant : []
Spécialité du service : [] Tél. : [] Poste : []
Hôpital : [] Ville : [] Date de la déclaration : []


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 : XXXXXXXXXX *ne pas remplir cette zone grisée*Code 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	____/____	Infection à CMV ⁵	____/____	Lymphome non hodgkinien ⁷	____/____
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 : ____/____/____