

IDENTIFICATION DU CAS		
Nom : _____	Prénom : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Adresse : _____		<input type="checkbox"/> SDF
Téléphone principal : _____	Téléphone autre : _____	
Date de naissance : _____ / _____ / _____ aaaa mm jj	RAMQ : _____	Âge : _____

Vous avez récemment demandé un test de laboratoire AgHBs pour la personne mentionnée en référence. Puisque l'hépatite B est une maladie à déclaration obligatoire en vertu de la *Loi sur la santé publique*, le laboratoire local nous a acheminé le résultat AgHBs.

La Direction de santé publique de la Capitale-Nationale effectue une enquête épidémiologique auprès de tous les cas d'hépatite B. Nous en profitons pour leur offrir la vaccination préventive contre l'hépatite A et nous vérifions que leurs contacts sont immunisés contre l'hépatite B.

Préalablement à cette enquête, nous devons nous assurer que vous avez annoncé le diagnostic à votre patient. Nous demandons également votre collaboration pour répondre aux questions suivantes :

Le patient est avisé du résultat et de son diagnostic d'hépatite B ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À venir : _____ / _____ / _____ Date prévue (aaaa/mm/jj)
Confirmation du stade de la maladie : <input type="checkbox"/> Aigu <input type="checkbox"/> Chronique
Présence de symptômes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez : _____
Raison de la sérologie : _____
Pays d'origine : _____
Immunisé contre l'hépatite A : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu
Référence en spécialité : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie <input type="checkbox"/> Infectiologie
Grossesse en cours : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : date prévue d'accouchement : _____ / _____ / _____ aaaa mm jj
<i>**Prévoir transmettre le résultat de la sérologie hépatite B au centre accoucheur ou au professionnel de la santé responsable du suivi de grossesse**</i>

IDENTIFICATION DU DÉCLARANT	
Nom : _____	N° permis : _____
Lieu de pratique : _____	Téléphone : _____
Signature : _____	Date : _____ / _____ / _____ aaaa mm jj

Veillez transmettre vos réponses par télécopieur au (418) 661-7153 ou par courriel à l'adresse : 03drspostedegarde@ssss.gouv.qc.ca

Si vous désirez plus d'information ou du soutien pour certaines de vos interventions, vous pouvez joindre le service de prévention et protection des maladies infectieuses au 418 666-7000, option 3 suivi de l'option 1