



**PLAN NATIONAL D'ÉLIMINATION DE L'HEPATITE
VIRALE C EN TUNISIE, 2016-2030**
CAHIER UNIQUE D'OBSERVATION DU PATIENT
CASE REPORT FORM : CRF
+216 71 284 547 / 71 284 560 / 71 284 561 / +216 97576 923

N°CRF :

| Identification du patient | | |
|--|--|---|
| Nom Prénom | Date de naissance : (JJ / MM / AAAA) | Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F |
| Adresse du domicile du patient | | Code postal |
| Code d'anonymat | <p align="center">Date de naissance Gouvernorat</p> <p align="center">Prénom Sexe Code postal</p> | |

Carte Patient

N°CRF :

Nom : Prénom : Code d'anonymat :

| Intervenant de la santé | Identification des intervenants | Semaine 0 (V0) | Semaine 4 (V1) | Semaine 8 (V2) | Semaine 12 (V3) |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|
| Médecin traitant | Nom : Prénom : Tél : Fax : | Date :/...../..... Signature et Cachet : | Date :/...../..... Signature et Cachet : | Date :/...../..... Signature et Cachet : | Date :/...../..... Signature et Cachet : |
| Médecin référent | Nom : Prénom : Tél : Fax : | J0 :/...../..... Signature et Cachet | | | |
| Laboratoire référent | Nom : Prénom : Tél : Fax : | | | | |
| Pharmacien référent | Nom : Prénom : Tél : Fax : | J0 :/...../..... Signature et Cachet | J28 :/...../..... Signature et Cachet | J56 :/...../..... Signature et Cachet | J84..... |

Présentation obligatoire de la Carte Patient & d'un document d'identité officiel

| Intervenant de la santé | Identification des intervenants | Semaine 16 (V4) | Semaine 20 (V5) | Semaine 24 (V6) | 12 semaines après fin tt | 48 semaines après fin tt |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|---|---|--|--|
| Médecin traitant | Nom : Prénom : Tél : Fax : | Date:...../...../..... Signature et Cachet : | Date:...../...../..... Signature et Cachet : | Date:...../...../..... Signature et Cachet : | Date:...../...../..... Signature et Cachet : | Date :/...../..... Signature et Cachet : |
| Médecin référent | Nom : Prénom : Tél : Fax : | | | | | |
| Laboratoire référent | Nom : Prénom : Tél : Fax : | | | | Si 12 semaines de traitement: J168:...../...../..... Signature et Cachet Si 24 semaines de traitement: J252:...../...../..... Signature et Cachet | |
| Pharmacien référent | Nom : Prénom : Tél : Fax : | J112:...../...../..... Signature et Cachet | J140 :...../...../..... Signature et Cachet | | | |

Code d’anonymat

N°CRF :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Adultes

Médecin traitant :

Inscrit au conseil de l’ordre des médecins sous le n° :

Lieu d’exercice du médecin traitant :

Initiales du patient :

Numéro de sa carte d’identité nationale :

Je déclare ce qui suit :

- Avoir été informé(e), oralement et par écrit, par le médecin traitant indiqué ci-dessus, des objectifs de mon inclusion dans le plan national d’élimination de l’hépatite virale C ;
- Avoir été informé (e) du déroulement de la prise en charge et des effets présumés du traitement qui me sera prescrit par le médecin traitant, de sa durée, de ses avantages et de ses inconvénients possibles ainsi que de ses risques éventuels ;
- Avoir lu et compris l’information écrite destinée aux patients qui m’a été remise sur ce plan ;
- Avoir reçu des réponses convaincantes aux questions que j’ai posées sur mon traitement
- Je conserve également une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d’information destinée au patient ;
- Avoir été informé que le traitement me sera délivré gratuitement ;
- Avoir su que mes données personnelles seront collectées et analysées par le registre national hébergé à l’observatoire national des maladies nouvelles et émergentes, et que les résultats seront renvoyés à mon médecin traitant.
- J’accepte également que les structures susvisées, puissent consulter mes données, afin de procéder à des contrôles, à conditions toutefois que leur confidentialité soit strictement assurée.
- Etre conscient(e) que le médecin traitant peut arrêter le traitement, à tout moment, dans l’intérêt de mon état de santé. De mon côté, je m’engage à poursuivre le traitement tel que recommandé par mon médecin traitant, de l’informer de tout traitement prescrit par un autre médecin ainsi que de la prise de médicaments (qui m’ont été prescrits ou achetés par moi-même) et de toute interruption temporaire de mon traitement ainsi que du motif de cette interruption.

Que je m’engage également à informer le médecin traitant de tout évènement inattendu pouvant survenir durant cette prise en charge et à me conformer à ses recommandations.

Que je m’engage à ne pas vendre en aucun cas mon traitement.

Tunis, le/...../.....

Les initiales du participant :

DateHeureSignature :

Nom du médecin traitant

DateHeureSignature :

Code d’anonymat

N°CRF :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fiche de liaison du patient Médecin Traitant – Médecin Référent – Registre National hépatites virales

| | | |
|--|--|--------------------|
| Numéro de sécurité sociale du patient | | |
| | | |
| Coordonnées du médecin traitant Prescripteur | | |
| Nom Prénom ----- ----- | Tél ----- Fax ----- | Email ----- |
| Secteur : <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Parapublic | Si secteur Privé, Adresse du Cabinet ----- ----- ----- ----- | |
| Hôpital ----- Service ----- ----- | | |
| Coordonnées du médecin référent | | |
| Nom Prénom ----- ----- | Tél ----- Fax ----- | Email ----- |
| Hôpital ----- | Service ----- | |
| Validation du médecin référent | | |
| Signature | Cachet | |

Code d’anonymat

N°CRF :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fiche de liaison du patient Médecin Traitant – Pharmacien Référent

| Coordonnées du médecin traitant Prescripteur | | |
|--|--|--------------------|
| Nom Prénom | Tél Fax | Email |
| Secteur : <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Parapublic Hôpital Service | Si secteur Privé, Adresse du Cabinet | |
| Informations relatives au traitement : | | |
| Traitement prescrit : <input type="radio"/> Sofosbuvir <input type="radio"/> Sofosbuvir + Ledipasvir <input type="radio"/> Ribavirine <input type="radio"/> Ombitasvir/Paritaprévir/ Ritonavir <input type="radio"/> Dasabuvir | Durée du traitement : <input type="radio"/> 12 semaines <input type="radio"/> 24 semaines | |
| Schéma thérapeutique proposé | | |

Code d’anonymat

N°CRF :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fiche de liaison Pharmacien Référent – Registre National hépatites virales

| | | |
|--|--|--------------------|
| Numéro de sécurité sociale du patient | | |
| Informations relatives au traitement : | | |
| Traitement prescrit : | Durée du traitement : | |
| <input type="radio"/> Sofosbuvir <input type="radio"/> Sofosbuvir + Ledipasvir <input type="radio"/> Ribavirine <input type="radio"/> Ombitasvir/Paritaprévir/ Ritonavir <input type="radio"/> Dasabuvir | <input type="radio"/> 12 semaines <input type="radio"/> 24 semaines | |
| Date de première dispensation |/...../..... | |
| Coordonnées du pharmacien référent | | |
| Nom et Prénom | Tél | Email |
| | Fax | |
| Email | Centre référent : | |
| Signature et cachet du pharmacien référent | | |
| | | |

Code d'anonymat

N°CRF :

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

VISITE D'INCLUSION « V0 » DONNEES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

Date de diagnostic

Date ARN inclusion

Date d'inclusion

Date de début du traitement

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(JJ / MM / AAAA)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(JJ / MM / AAAA)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(JJ / MM / AAAA)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(JJ / MM / AAAA)

| | OUI | NON | | OUI | NON | | | |
|--|---------------|-----|-------------------------------------|---------------|-----|--|--|--|
| | VALEUR | | | VALEUR | | | | |
| ARN VHC (UI/ml) | | | Manifestation extra-hépatique | | | | | |
| Génotype du VHC | | | Si oui, préciser | | | | | |
| Score de fibrose | | | Taille (m) | | | | | |
| Méthode d'évaluation de la fibrose (fibrosan/fibrotest / autres à préciser) | | | Poids (kg) | | | | | |
| PBF (META VIR) | | | Diabète | | | | | |
| Cirrhose | | | Alcool (verres par semaine) | | | | | |
| Score de Child | | | Usage de drogues en cours | | | | | |
| Score de MELD | | | Infection VHB | | | | | |
| Antécédent de décompensation de la cirrhose | | | Infection VIH | | | | | |
| Antécédent de CHC traité | | | Si oui, ARN VIH (UI/ml) | | | | | |
| Ascite | | | Souhait de grossesse | | | | | |
| Hépatite aigue | | | <u>Traitement en cours :</u> | | | | | |
| Insuffisance rénale sévère ou terminale | | | | | | | | |
| Dialyse | | | | | | | | |
| Greffe rénale | | | | | | | | |
| Créatinine (µmol/l) | | | | | | | | |
| Clairance créatinine (ml/mn) | | | | | | | | |
| ALAT | | | | | | | | |
| ASAT | | | | | | | | |
| PAL | | | | | | | | |
| GGT | | | | | | | | |
| BT/BC (µmol/l) | | | | | | | | |
| Hb | | | | | | | | |
| Plaquettes | | | | | | | | |
| TP (%) | | | | | | | | |
| Albumine (g/L) | | | | | | | | |
| Indication de greffe hépatique | | | | | | | | |
| Greffe hépatique | | | | | | | | |
| Echographie abdominale | | | | | | | | |
| Préciser les anomalies : | | | | | | | | |
| Antécédent de traitement anti-VHC Si oui préciser | | | | | | | | |
| Type : | | | | | | | | |
| Date de début : | | | | | | | | |
| Durée (semaines) : | | | | | | | | |
| Réponse : | | | | | | Vérification des interactions médicamenteuses | | |

Code d'anonymat

N°CRF :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ordonnance traitement hépatite C virale PNE VHC

Proposition de prise en charge :

- Sofosbuvir
- Sofosbuvir + Ledipasvir
- Ribavirine
- Ombitasvir/Paritaprévir/ Ritonavir
- Dasabuvir

Schéma thérapeutique proposé

N.B : Tenir compte des contre-indications et des associations médicamenteuses contre-indiquées

Code d’anonymat

N°CRF :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

VISITES DE SUIVI S4, S8, S12, S16, S24, 12 SEMAINES ET 48 SEMAINES APRES FIN TRAITEMENT

| | Visite S4 | Visite S8 | Visite S12 | Visite S16 | Visite S20 | Visite S24 | 12 semaines après fin traitement | 48 semaines après fin traitement | |
|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
| Tolérance clinique (Si mauvaise à préciser) | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise | | |
| Suivi biologique | ALAT: BT/BC:/..... CREAT: Hb: | ALAT: BT/BC:/..... CREAT: Hb: | ALAT: BT/BC:/..... CREAT: Hb: | ALAT: BT/BC:/..... CREAT: Hb: | ALAT: BT/BC:/..... CREAT: Hb: | ALAT: BT/BC:/..... CREAT: Hb: | ALAT: BT/BC:/..... CREAT: Hb: | ALAT: BT/BC:/..... CREAT: Hb: | ALAT: BT/BC:/..... CREAT: Hb: |
| Observance du traitement | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Arrêt Date/...../..... Motif : | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Arrêt Date/...../..... Motif : | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Arrêt Date/...../..... Motif : | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Arrêt Date/...../..... Motif : | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Arrêt Date/...../..... Motif : | <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Arrêt Date/...../..... Motif : | | | |
| Charge virale | | | | | | | | | |

Autres observations (Complications, évènements, effets indésirables graves) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Code d'anonymat

N°CRF :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fiche de liaison Médecin Traitant – Laboratoire Référent (12 semaines après fin traitement)

| | |
|--|--|
| Informations relatives au patient : | |
| Nom et Prénom : | |
| Charge virale initiale :..... | Génotype : |
| Informations relatives au traitement | |
| Traitement prescrit : <input type="radio"/> Sofosbuvir <input type="radio"/> Sofosbuvir + Ledipasvir <input type="radio"/> Ribavirine <input type="radio"/> Ombitasvir/Paritaprévir/ Ritonavir <input type="radio"/> Dasabuvir | Durée du traitement : <input type="radio"/> 12 semaines <input type="radio"/> 24 semaines |
| Date de début de traitement/...../..... | |
| Médecin traitant : | |
| Signature : | Cachet : |

Code d'anonymat

N°CRF :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

SUIVI DE LA TOLERANCE DU TRAITEMENT DES PATIENTS HEMODIALYSES

| Ombitasvir/ Paritaprévir/ Ritonavir+ Dasabuvir | Présent ou non | Si OUI, Décrire le symptôme | Date de survenue de l'évènement |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Prurit | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Angioedème | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Autres | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Médicaments associés : | | | |
| Ombitasvir/ Paritaprévir/ Ritonavir+Dasabuvir+ Ribavirine | Présent ou non | Si OUI, Décrire le symptôme | Date de survenue de l'évènement |
| Nausées | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Fatigue | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Prurit | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Insomnie | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Asthénie | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Angioedème | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Anémie | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Valeur de l'hémoglobine : | |
| Augmentation taux de bilirubine > 3 LSN* | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Augmentation des transaminases > 5 LSN* | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Autres | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Médicaments associés : | | | |

*LSN : Limite Supérieure Normale

FICHE DE DECLARATION IMMEDIATE DES EFFETS INDESIRABLES GRAVES ET /OU DES EFFETS INNATENDUS

Code d’anonymat

N°CRF :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>Nom et Prénom du patient :</p> <p>Date :/...../.....</p> <p>Secteur : <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Parapublic</p> <p>Hôpital :</p> <p>Service :</p> <p>Si secteur Privé, Cabinet :</p> | <p>Patient traité par :</p> <p><input type="checkbox"/> Sofosbuvir</p> <p><input type="checkbox"/> Sofosbuvir + Ledipasvir</p> <p><input type="checkbox"/> Ribavirine</p> <p><input type="checkbox"/> Ombitasvir/Paritaprévir/ Ritonavir</p> <p><input type="checkbox"/> Dasabuvir</p> |
| <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | |

Date de survenue de l’effet indésirable :/...../.....

| EIG : Effets Indésirables Graves | Effets Indésirables Inattendus |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Evènement qui met en danger la vie de la personne <input type="checkbox"/> Evènement qui nécessite une hospitalisation ou la prolongation de l’hospitalisation <input type="checkbox"/> Evènement qui provoque une incapacité ou un handicap important ou durable, ou bien se traduit par une anomalie ou une malformation congénitale <input type="checkbox"/> Grossesse / Allaitement | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <hr/> <p>Médicaments associés</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>Bilans complémentaires :</p> <p>.....</p> | |
| <p>Conduite du patient vis-à-vis du traitement :</p> <p><input type="checkbox"/> Arrêt Définitif du traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Traitement en cours</p> <p><input type="checkbox"/> Arrêt temporaire (Date d’arrêt :/...../.....), Date de reprise :/...../.....)</p> | |

Nom et Prénom du médecin :

Signature et Cachet :

Fiche à envoyer au CNPV par **fax** : + 216 71 260 714 ou par **email** : effets.indesirables@rns.tn / **Tel CNPV** : + 216 71 260 699

Cette fiche doit être notifiée au CNPV **immédiatement (24h-48h)** après la prise de connaissance de l’effet indésirable.

FICHE DE DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES GRAVES ET/OU DES EFFETS INNATENDUS PAR LE CNPV AU REGISTRE NATIONAL DES HEPATITES VIRALES

Code d'anonymat

N°CRF :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | |
|--|---|
| <p>Nom et Prénom du patient:</p> <p>Date :/...../.....</p> <p>Secteur : <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Parapublic</p> <p>Hôpital :</p> <p>Service :</p> <p>Si secteur Privé, Cabinet :</p> | <p>Patient traité par :</p> <p><input type="checkbox"/> Sofosbuvir</p> <p><input type="checkbox"/> Sofosbuvir + Ledipasvir</p> <p><input type="checkbox"/> Ribavirine</p> <p><input type="checkbox"/> Ombitasvir/Paritaprévir/ Ritonavir</p> <p><input type="checkbox"/> Dasabuvir</p> |
| <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | |

Date de survenue de l'effet indésirable :/...../.....

| EIG : Effets Indésirables Graves | Effets Indésirables Inattendus |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Evènement qui met en danger la vie de la personne <input type="checkbox"/> Evènement qui nécessite une hospitalisation ou la prolongation de l'hospitalisation <input type="checkbox"/> Evènement qui provoque une incapacité ou un handicap important ou durable, ou bien se traduit par une anomalie ou une malformation congénitale <input type="checkbox"/> Grossesse / Allaitement | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <hr/> <p>Médicaments associés</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

Bilans complémentaires :

Conduite du patient vis-à-vis du traitement :

Arrêt Définitif du traitement

Traitement en cours

Arrêt temporaire (Date d'arrêt :/...../.....), Date de reprise :/...../.....)

Nom et Prénom du responsable CNPV:
.....

Signature et Cachet :

FICHE DE DECLARATION DE RECHUTE DE L'HVC AU REGISTRE NATIONAL DES HEPATITES VIRALES

Code d'anonymat

N°CRF :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Coordonnées du médecin traitant

Nom Prénom

Tél -----

Email -----

Fax -----

Secteur : Public Privé Parapublic

Hôpital-----

Service -----

Si secteur Privé, Adresse du Cabinet -----

Date déclaration :...../...../.....

Cachet et signature