

# SANTÉ

## SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

### **Arrêté du 4 décembre 2015 modifiant le modèle de la fiche de notification figurant à l'annexe 29 de l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D.3113-7 du code de la santé publique (JORF n° 0290 du 15 décembre 2015)**

NOR : AFSP1530088A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.3113-1, R.3113-2 et D.3113-7;

Vu l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D.3113-7 du code de la santé publique;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 6 octobre 2015,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La notification obligatoire à l'autorité sanitaire des données individuelles concernant les cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, quel que soit le stade, est effectuée sur les fiches de notification disponibles :

1° Par voie électronique sur l'application [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr). La liste des données individuelles recueillies sur ces fiches figure à l'annexe 1 du présent arrêté ; ou

2° Sur demande auprès de l'Institut de veille sanitaire.

Les données individuelles notifiées dans les conditions mentionnées au 2° sont celles figurant sur la fiche de notification obligatoire à l'autorité sanitaire des données individuelles concernant les cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, quel que soit le stade, telle que figurant à l'annexe 29 de l'arrêté du 22 août 2011 susvisé et remplacée par la fiche dont le modèle constitue l'annexe 2 du présent arrêté.

**Art. 2.** – Le recueil, pour les cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez l'adulte, de la variable relative à la prise d'une prophylaxie préexposition sera mis en œuvre à compter de la date de publication, par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, d'une recommandation temporaire d'utilisation de la spécialité Truvada® (emtricitabine/tenefovir disoproxil fumarate) dans la prophylaxie préexposition du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

**Art. 3.** – Le présent arrêté, en tant qu'il modifie l'annexe 29 de l'arrêté du 22 août 2011 susvisé nécessaire à la notification sur les fiches disponibles sur demande auprès de l'Institut de veille sanitaire, entre en vigueur à la date de publication des annexes au *Bulletin officiel* n° 2015/12 daté du 15 janvier 2016 pour les établissements volontaires participant à la phase pilote de la mise en œuvre de l'application e-Do, et à partir du 1<sup>er</sup> avril 2016 pour l'ensemble des établissements et professionnels de santé concernés, lors du déploiement national de l'application e-Do.

**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 le 4 décembre 2015.

Pour la ministre et par délégation :  
Par empêchement du directeur général de la santé :  
*Le chef de service, secrétaire général,*  
C. POIRET

*Nota* : Les annexes au présent arrêté seront publiées au *Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité* n° 2015-12 du 15 janvier 2015. Elles sont disponibles sur le site de l'Institut de veille sanitaire (<http://www.invs.sante.fr>) ou sur demande auprès de l'Institut de veille sanitaire.

ANNEXE 1

VIH ADULTES ET ENFANTS

CATÉGORIES de données	DONNÉES	E-DO ADULTES (A) ou enfant (E)
	<b>Code d'anonymat</b>	A et E
<b>Caractéristiques socio-démographiques</b>	<b>Année de naissance</b>	A et E
	<b>Sexe</b>	A et E
	Transgenre: homme vers femme/femme vers homme/non/inconnu	A
	<b>Pays de domicile:</b>	A et E
	Si France, préciser département	A et E
	Autres pays	A et E
	Inconnu	A et E
	<b>Lieu/pays de naissance</b>	A et E
	France métropolitaine/Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy/France outre-mer/autre/inconnu	A et E
	Étranger:	A et E
	Préciser le pays	A et E
	Année d'arrivée	A et E
	<b>Nationalité</b>	A et E
	Française	A et E
	Étrangère, préciser	A et E
	<b>Profession/catégorie socioprofessionnelle (exercée ou non) à préciser</b>	A
	Si profession médicale: type de profession médicale	A
	<b>En activité professionnelle:</b> oui/non (formation, chômage, retraite, etc.)/inconnu	A
	<b>Statut vital:</b> décédé/vivant/inconnu	A et E
	Date de décès	A et E
<b>Lieu/pays de naissance de la mère</b>	E	
France métropolitaine/Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy/France outre-mer/autre	E	
Autre pays, préciser	E	
<b>Sérologie VIH actuelle (Test VIH + actuel)</b>	<b>Date de la sérologie actuelle</b>	A et E
	<b>Type de virus:</b> VIH -1/VIH 2/type non précisé	A et E
	<b>Motif(s) de réalisation de la sérologie actuelle:</b>	A et E
	Risque d'exposition au VIH datant de moins de 6 mois	A et E
	Risque d'exposition au VIH datant de 6 mois au plus	A et E
	Symptômes/signes cliniques liés au VIH	A et E
	Infection sexuellement transmissible	A et E
	Contrôle d'une séropositivité connue	A et E

CATÉGORIES de données	DONNÉES	E-DO ADULTES (A) ou enfant (E)
	Confirmation d'un TROD positif	A et E
	Confirmation d'un autotest positif	A et E
	Grossesse	A et E
	Dépistage sans notion d'exposition au VIH	A et E
	Séropositivité d'un des parents	A et E
	Arrivée de zone endémique	A et E
	Inconnu	
	Autre, préciser	A et E
	<b>Initiative de la sérologie actuelle</b>	A
	Proposée par le médecin	A
	Demandée par la personne	A
	Inconnu	A
	<b>Circonstances probables de la contamination</b>	<b>Mode(s) probable(s) de contamination</b>
Rapports homosexuels, préciser si la personne a des rapports hétérosexuels		A et E
Rapports hétérosexuels		A et E
Usage de drogues injectables		A et E
Transfusion, préciser date et lieu		A et E
Transmission materno-fœtale:		A et E
– mode de contamination de la mère: rapports hétérosexuel/usages de drogues injectables/transfusion/autre, préciser/inconnu		A et E
– découverte de la séropositivité de la mère: avant la grossesse/pendant la grossesse, préciser le trimestre/après la grossesse/date inconnue		A et E
– prophylaxie antirétrovirale: chez la mère pendant la grossesse/chez la mère pendant l'accouchement/chez l'enfant en post-natal/inconnue		A et E
Autre mode de contamination, préciser		A et E
Inconnu		A et E
<b>La date de contamination peut-elle être estimée ?</b>		A et E
Si oui préciser à quelle date ou période		A et E
<b>Lieu probable de contamination: France, autre pays, inconnu</b>		A et E
<b>Partenaires sexuel à l'origine probable de la contamination</b>		A et E
Homosexuel/bisexuel		A et E
Usagers de drogues injectables		A et E
Originaire d'Afrique subsaharienne		A et E
Originaire des Caraïbes/Guyane		A et E
Appartenant à une autre population exposée au VIH, préciser:		A et E
N'appartenant pas à une autre population exposée au VIH, préciser		A et E
Aucune information disponible sur le partenaire	A et E	


CATÉGORIES de données	DONNÉES	E-DO ADULTES (A) ou enfant (E)
<b>Sérologies VIH antérieures et recours à une PrEP</b>	<b>Négative (y compris tests rapides et autotest):</b> oui/non/inconnu	A
	Si oui: date de la dernière sérologie négative	A
	<b>Confirmée positive:</b> oui/non/inconnue	A et E
	Si oui, date de la première confirmée positive	A et E
	Recours à une prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP): oui, non, inconnu	A
<b>Statut VHC, VHB et IST</b>	ARN VHC (si < 18 mois) au moment du diagnostic VIH: positif/négatif/inconnu	E
	Ac anti-VHC (si enfant > 18 mois) au moment du diagnostic: positif/négatif/inconnu	E
	Ac anti-VHC au moment du diagnostic positif/négatif/inconnu	A
	Ag HBs au moment du diagnostic positif/négatif/inconnu	A et E
	IST (syphilis, gonococcie, chlamydie, LGV) au moment du diagnostic ou dans les 12 mois précédents	A
	Si, oui laquelle /non/inconnu	A
<b>Satut clinique et immunologique au moment du diagnostic de l'infection VIH</b>	<b>Stade clinique:</b>	A et E
	Primo-infection symptomatique	A et E
	Asymptomatique	A et E
	Symptomatique non sida	A et E
	Sida	A et E
	Non précisé	A et E
	<b>Nombre de CD4</b> et date	A et E
	<b>% de CD4</b>	E
<b>Charge virale</b> et date	A et E	
<b>Divers</b>	<b>Observations</b>	A et E
	<b>Surveillance virologique:</b> pas de refus/refus	A
	<b>Inclusion dans l'enquête périnatale française:</b>	E
	Oui/non/inconnu	E
	Si oui: préciser la maternité (département, nom)	E
<b>Codéclarant</b>	Département du codéclarant	A et E
	Codéclarant	A et E
	Si non trouvé: nom, prénom, courriel, cadre d'exercice, département, laboratoire	A et E
	Si labo non trouvé: nom, adresse, CP, commune	A et E

SIDA ADULTES ET ENFANTS

CATÉGORIES de données	DONNÉES	E-DO ADULTES (A) ou enfant (E)
	<b>Code d'anonymat</b>	A et E
<b>Caractéristiques socio-démographiques</b>	<b>Année de naissance</b>	A et E
	<b>Sexe</b>	A et E
	<b>Transgenre:</b> homme vers femme/femme vers homme/non/inconnu	A
	<b>Pays de domicile:</b>	A et E
	Si France, préciser département	A et E
	Autres pays	A et E
	Inconnu	
	<b>Lieu/pays de naissance</b>	A et E
	France métropolitaine/Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy/France outre-mer/autre/inconnu	A et E
	Étranger:	A et E
	Préciser le pays	A et E
	Année d'arrivée	A et E
	<b>Nationalité</b>	A et E
	Française	A et E
	Étrangère, préciser	A et E
	<b>Profession/catégorie socioprofessionnelle (exercée ou non) à préciser</b>	A
	Si profession médicale: type de profession médicale	A
	<b>En activité professionnelle</b>	A
	<b>Statut vital</b>	A et E
	Date de décès	A et E
<b>Lieu de naissance de la mère</b>	E	
France métropolitaine/Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy/France outre-mer/autre	E	
Autre pays, préciser	E	
<b>Stade clinique et immunologique</b>	Pathologies à cocher (type, localisation et date)	A et E
	Autres, préciser	A et E
	Traitement anti-rétroviraux présida ≥ 3 mois: oui/non/inconnu	A et E
	<b>Nombre de CD4</b> et date	A et E
	<b>% de CD4</b>	E
	<b>Charge virale</b> et date	A et E
<b>Circonstances probables de la contamination</b>	<b>Modes probables de contamination</b>	A et E
	Rapports homosexuels, préciser si la personne a des rapports hétérosexuels	A et E
	Rapports hétérosexuels	A et E
	Usage de drogues injectables	A et E
	Transfusion, préciser date et lieu	A et E
	Transmission materno-fœtale:	A et E
	– mode de contamination de la mère: rapports hétérosexuels/usage de drogues injectables/transfusion/autre, préciser/inconnu	A et E
	– découverte de la séropositivité de la mère: avant la grossesse/pendant la grossesse, préciser le trimestre/après la grossesse/date inconnue	A et E
	– prophylaxie antirétroviral: chez la mère pendant la grossesse/chez la mère pendant l'accouchement/chez l'enfant en post-natal/inconnue	A et E
	Autre mode de contamination, préciser	A et E
Inconnu	A et E	

CATÉGORIES de données	DONNÉES	E-DO ADULTES (A) ou enfant (E)
	<b>La date de contamination peut-elle être estimée?</b> oui/non/inconnu	A et E
	Si oui préciser à quelle date ou période, et comment	A et E
	<b>Lieu probable de contamination: France, autre pays, inconnu</b>	A et E
	<b>Partenaires sexuel à l'origine probable de la contamination</b>	A et E
	Homo/bisexuel	A et E
	Usagers de drogue injectables	A et E
	Originaires d'Afrique subsaharienne	A et E
	Originaire des Caraïbes/Guyane	A et E
	Appartenant à une autre population exposée au VIH, préciser	A et E
	N'appartenant pas à une autre population exposée au VIH, préciser	A et E
	Aucune information disponible sur le partenaire	A et E
<b>Sérologies VIH antérieures</b>	<b>Confirmée positive:</b> oui/non/inconnue	A et E
	Si oui:	
	– date de la première confirmation	A et E
	– type de virus: VIH 1/VIH 2/ type non précisé	A et E
<b>Statut VHC, VHB et IST</b>	ARN VHC (si < 18 mois) au moment du diagnostic VIH: positif/négatif/inconnu	E
	Ac anti-VHC au moment du diagnostic positif/négatif/inconnu	A et E
	Ag HBs au moment du diagnostic positif/négatif/inconnu	A et E
<b>Divers</b>	<b>Observations</b>	A et E
	<b>Inclusion dans l'enquête périnatale française:</b>	E
	Oui/non/inconnu	E
	Si oui: préciser la maternité (département, nom)	E

ANNEXE 2

Version 2015	<b>ARS de :</b> _____ <b>Sida chez l'adulte (15 ans et plus)</b> <small>Maladie à déclaration obligatoire (Art. L3113-1, R3113-1, R3113-2, R3113-3, R3113-5, D3113-7 du Code de la santé publique)</small> <b>Critères de notification</b> du sida chez l'adulte et l'adolescent*. <b>Information individuelle des personnes :</b> droit d'accès et de rectification (loi du 6 janvier 1978 modifiée) pendant 12 mois, par l'intermédiaire du médecin déclarant, auprès de l'Institut de veille sanitaire.	 12220*xx 50958#xx
--------------	--	---

**Caractéristiques sociodémographiques**

**Code d'anonymat\*** : \_\_\_\_\_ **Année de naissance** : \_\_\_\_\_  
**Sexe\*** :  H  F  transgenre H vers F  transgenre F vers H  
**Pays de domicile\*** :  France, préciser le département : \_\_\_\_\_  autre pays  
**Lieu de naissance** :  France métropolitaine  Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy  France d'outre-mer autre  
 autre pays, préciser : \_\_\_\_\_ **Année d'arrivée en France** : \_\_\_\_\_  
**Nationalité** :  française  étrangère, préciser : \_\_\_\_\_  
**Profession (exercée ou non)\*** : \_\_\_\_\_ **En activité professionnelle** :  oui  non (formation, chômage, retraite, etc.)  
**Statut vital** :  vivant  décédé, préciser la date du décès : \_\_\_\_\_  inconnu

**Diagnostic : première(s) pathologie(s) opportuniste(s)\***

	MOIS	ANNÉE
<input type="checkbox"/> Cancer invasif du col	_	_
<input type="checkbox"/> Candidose bronches/trachée/poumons	_	_
<input type="checkbox"/> Candidose œsophagienne	_	_
<input type="checkbox"/> Coccidioïdomycose <sup>1</sup>	_	_
<input type="checkbox"/> Cryptococcose extra-pulmonaire	_	_
<input type="checkbox"/> Cryptosporidiose <sup>2</sup>	_	_
<input type="checkbox"/> Encéphalopathie à VIH <sup>3</sup>	_	_
<input type="checkbox"/> Histoplasmose <sup>1</sup>	_	_
<input type="checkbox"/> Infection à CMV <sup>4</sup>	_	_
Localisation : .....		
<input type="checkbox"/> Infection à HSV <sup>5</sup>	_	_
<input type="checkbox"/> Infection à <i>Mycobacterium</i> <sup>1</sup>	_	_
<input type="checkbox"/> <i>Avium</i> <input type="checkbox"/> <i>Kansasii</i> <input type="checkbox"/> <i>Xenopi</i> <input type="checkbox"/> atypique autre <input type="checkbox"/> non identifiée		
Localisation : .....		
<input type="checkbox"/> Isosporidiose <sup>2</sup>	_	_
<input type="checkbox"/> Leucoencéphalite multifocale progressive	_	_
<input type="checkbox"/> Lymphome cérébral primaire	_	_
<input type="checkbox"/> Lymphome non Hodgkinien <sup>6</sup>	_	_
Type et localisation : .....		
<input type="checkbox"/> Pneumocystose pulmonaire	_	_
<input type="checkbox"/> Pneumopathie bactérienne récidivante <sup>7</sup>	_	_
<input type="checkbox"/> Sarcome de Kaposi	_	_
<input type="checkbox"/> Septicémie récidivante à <i>Salmonella non typhi</i>	_	_
<input type="checkbox"/> Syndrome cachectique <sup>8</sup>	_	_
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cérébrale	_	_
<input type="checkbox"/> Tuberculose extrapulmonaire ou miliaire	_	_
<input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonaire	_	_

**Biologie**

**Infection à VIH diagnostiquée avant le sida** :  oui  non  inconnu  
 Si oui, date du premier diagnostic VIH : \_\_\_\_\_  
**Type de virus** :  VIH-1  VIH-2  type non précisé  
**Nombre de CD4** : \_\_\_\_\_ / mm<sup>3</sup> Date : \_\_\_\_\_  
(mesure la plus proche possible du diagnostic du sida)  
**Charge virale** : \_\_\_\_\_ copies/ml Date : \_\_\_\_\_  
(mesure la plus proche possible du diagnostic du sida)

**Circonstances probables de la contamination**

**Mode(s) probable(s) de contamination** :  
 rapports homosexuels\*, préciser s'il s'agit d'un homme ayant aussi des rapports hétérosexuels :  oui  non  inconnu  
 rapports hétérosexuels  
 usage de drogues injectables  
 autre, préciser : .....,  inconnu  
**Partenaire sexuel à l'origine probable de la contamination\***:  
 homosexuel/bisexual  
 usager de drogues injectables  
 originaire d'Afrique subsaharienne  
 originaire des Caraïbes/Guyane  
 appartenant à une autre population exposée au VIH  
 Préciser : .....  
 n'appartenant pas à une autre population exposée au VIH  
 Préciser : .....  
 aucune information disponible sur le partenaire  
**La date de contamination peut-elle être estimée** :  oui  non  
 Si oui, préciser à quelle date ou période : .....  
 et comment : .....  
(prise de risque unique, primo-infection, test antérieur...)

**Lieu probable de contamination** :  France  autre pays  inconnu

**Observations**

.....  
 .....

**Traitements antirétroviraux avant le sida, de durée ≥3 mois**

Oui  Non  Inconnu

**Statut VHC et VHB au moment du diagnostic de sida**

**Ac anti-VHC** :  positif  négatif  inconnu

**Ag HBs** :  positif  négatif  inconnu

**Médecin déclarant**

**Nom** : ..... **Tél.** : \_\_\_\_\_ **Courriel** : .....  
**Cadre d'exercice** :  Hôpital ou clinique (nom) : .....  
 Nom du chef de service : ..... **Spécialité du service** : .....  
 Médecine libérale, préciser la spécialité : .....  
 Autre, préciser : .....  
**Adresse** : .....  
**Code postal** : \_\_\_\_\_ **Ville** : ..... **Date de notification** : \_\_\_\_\_

Cette fiche de déclaration obligatoire doit être adressée au médecin de l'ARS sous pli portant la mention « secret médical ».  
 \* Voir au verso de la fiche



**Ce formulaire téléchargeable n'est à utiliser que si vous ne parvenez pas à déclarer en ligne sur : [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)**

### 1 - Critères de notification du sida chez l'adulte (15 ans et plus)

Doit être déclaré tout diagnostic de sida chez une personne de 15 ans ou plus selon la définition du sida de l'OMS révisée en 1993 et publiée dans le BEH n°51/1987 et n°11/1993.

### 2 - Mode de remplissage du formulaire par le clinicien

#### Caractéristiques sociodémographiques

- Le **code d'anonymat** est calculé directement dans l'application de déclaration en ligne ([www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)). À défaut, il peut être calculé au moyen du logiciel d'anonymisation fourni par l'InVS sur demande, à partir du prénom, de l'initiale du nom, de la date de naissance et du sexe de la personne. Ce code indispensable à l'enregistrement du cas, permet de repérer les doubles déclarations.

- Concernant le sexe, le terme « **transgenre** » désigne toute personne dont l'identité de genre, l'expression ou le comportement sont en inadéquation avec son sexe biologique.

- Le **pays de domicile** correspond au lieu où vit habituellement la personne et non à une adresse temporaire liée à une prise en charge médicale ou autre.

- La **profession** ou la catégorie socioprofessionnelle (ex : cadre, profession intermédiaire, employé...) doit être précisée, que la personne soit en activité ou non. Si la personne n'est plus en activité, indiquer la dernière profession exercée. « Sans profession » concerne seulement les personnes n'ayant jamais exercé de profession.

#### Diagnostic du sida : première(s) pathologie(s) opportuniste(s)

- La rubrique concerne uniquement la ou les **pathologies inaugurales de sida**. Seules sont enregistrées la 1<sup>re</sup> pathologie définissant le sida et celles survenant éventuellement dans le mois qui suit.

- **Le mois et l'année** du diagnostic sont indispensables à l'enregistrement du cas.

- Les notes (de 1 à 8) précisent les critères de déclaration de certaines pathologies :

1. Disséminée ou extra-pulmonaire.
2. Avec diarrhée persistant pendant plus d'un mois.
3. Troubles cognitifs ou moteurs invalidants, perturbant les activités professionnelles et quotidiennes sur plusieurs semaines ou mois.
4. Atteignant un organe autre que le foie, la rate et les ganglions.
5. Infection cutané-muqueuse ulcérée persistant pendant plus d'un mois ; ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne.
6. Lymphome à petites cellules non clivées (lymphome de type Burkitt), lymphome immunoblastique, lymphome à grandes cellules B ou autre lymphome de phénotype immunologique inconnu.
7. Au moins 2 épisodes sur une période d'un an.
8. Perte de poids involontaire de plus de 10 % du poids de base et soit diarrhée chronique pendant plus d'un mois, soit asthénie chronique et fièvre pendant plus d'un mois, chez un patient dont le nombre absolu de lymphocytes CD4 est inférieur à 200/mm<sup>3</sup>.

#### Circonstances probables de la contamination

Concernant les hommes contaminés par rapports homosexuels, l'intérêt de préciser s'ils ont aussi des rapports hétérosexuels est de caractériser la population bisexuelle découvrant sa séropositivité et d'appréhender le risque de diffusion de l'infection à VIH à la population hétérosexuelle.

#### Partenaire sexuel à l'origine probable de la contamination

- Le libellé « **partenaire originaire des Caraïbes/Guyane** » inclut notamment la Guadeloupe et la Martinique.


- Les « **autres populations exposées au VIH** » incluent notamment les partenaires originaires d'une autre zone géographique à forte prévalence (Asie, Europe de l'Est...) et les partenaires prostitué(e)s.

### 3 - Envoi du formulaire

Ce formulaire de déclaration obligatoire doit être adressé au médecin de l'ARS de votre lieu d'exercice, sous pli portant la mention « secret médical ». L'ARS transmettra ensuite les déclarations de sa région à l'InVS pour saisie et analyse des données.

Il vous est demandé de conserver un double de cette déclaration pendant 12 mois, pour permettre une validation éventuelle par le médecin de l'InVS.

Les notices d'information, destinées aux personnes dont vous déclarez le sida, sont disponibles sur le site web de l'InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

Version 2015	ARS de : _____	<b>Fiche biologiste : infection à VIH chez l'adulte (15 ans et plus)</b> <small>Maladie à déclaration obligatoire (Art. L3113-1, R3113-1, R3113-2, R3113-3, R3113-5, D3113-7 du Code de la santé publique)</small> <b>Critères de notification*</b> : toute sérologie VIH confirmée positive chez un sujet de 15 ans et plus pour la première fois pour le laboratoire (hors dépistage anonyme), même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu et même si une sérologie positive a pu être réalisée auparavant dans un autre laboratoire. <b>Information individuelle des personnes</b> : droit d'accès et de rectification (loi du 6 janvier 1978 modifiée) pendant 12 mois, par l'intermédiaire du médecin déclarant, auprès de l'Institut de veille sanitaire.	 12221*xx 50959#xx
--------------	----------------	---	---

**Caractéristiques sociodémographiques**

Code d'anonymat\* : \_\_\_\_\_ Année de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F      Pays de domicile\* :  France, préciser le département : \_\_\_\_\_  autre pays

**Sérologie VIH actuelle**

Date du prélèvement de la sérologie positive\* : \_\_\_\_\_

Type de virus :  VIH-1  VIH-2  inconnu

Profil de séroconversion\* :  oui  non  inconnu  
(WB ou IB incomplet témoin d'une contamination très récente)

**Sérologies VIH antérieures (y compris tests rapides)\***

Négative :  oui  non  inconnu

Si oui, date de la dernière négative : \_\_\_\_\_

**Surveillance virologique\***

Votre participation à cette surveillance est volontaire.  
**Le buvard est à adresser au CNR du VIH accompagné d'une photocopie de cette fiche.**

**Biologiste déclarant**

Nom : ..... Tél. : \_\_\_\_\_

Courriel : .....

Nom et adresse du laboratoire (ou cachet) :  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Date de notification : \_\_\_\_\_

**Observations**

.....  
 .....

**Clinicien prescripteur ou prenant en charge le patient**

Nom : ..... Tél. : \_\_\_\_\_

Courriel : .....

Cadre d'exercice :  
 Hôpital ou clinique (nom) : .....  
     Chef de service et spécialité : .....  
 Médecine libérale, préciser la spécialité : .....  
 Autre, préciser : .....

Adresse : .....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Cette fiche de déclaration obligatoire doit être adressée au médecin de l'ARS sous pli portant la mention « secret médical ».  
 \* Voir au verso de la fiche

**Ce formulaire téléchargeable n'est à utiliser que si vous ne parvenez pas à déclarer en ligne sur : [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)**

### **1 - Critères de notification de l'infection à VIH chez l'adulte (15 ans et plus)**

Doit être déclarée toute sérologie VIH confirmée positive pour la première fois pour votre laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu et même si une sérologie positive a été réalisée auparavant dans un autre laboratoire. Ceci permet :

- au biologiste de ne pas avoir à rechercher les éventuels antécédents de sérologie positive ;
- de disposer d'une définition de cas homogène pour l'ensemble des biologistes ;
- d'augmenter l'exhaustivité de la surveillance du VIH puisque la sérologie antérieure a pu ne pas être déclarée ;
- et d'évaluer cette exhaustivité par comparaison avec l'enquête LaboVIH, qui utilise la même définition de cas.

### **2 - Mode de remplissage du formulaire par le biologiste**

#### **Caractéristiques sociodémographiques**

- Le **code d'anonymat** est calculé directement dans l'application de déclaration en ligne ([www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)). À défaut, il peut être calculé au moyen du logiciel d'anonymisation fourni par l'InVS sur demande, à partir du prénom, de l'initiale du nom, de la date de naissance et du sexe de la personne. Ce code est indispensable à l'enregistrement du cas et permet de repérer les doubles déclarations.

- Le **pays de domicile** correspond au lieu où vit habituellement la personne et non à une adresse temporaire liée à une prise en charge médicale ou autre.

#### **Sérologie VIH actuelle**

- La **date du prélèvement de la sérologie positive** fait référence à la date du 1<sup>er</sup> prélèvement pris en charge par votre laboratoire.

- Un **profil de séroconversion** en Western Blot correspond en général à la présence unique d'anticorps anti-gp160 et anti-p24, plus ou moins associés à des anticorps faibles contre d'autres protéines virales ; les anti-gp41 et anti-p34 sont en général absents. Sur Immunoblot, l'absence d'anti-p34 est en faveur d'un profil de séroconversion.

En cas de doute, le Centre national de référence (CNR) du VIH peut être consulté : [fbarin@med.univ-tours.fr](mailto:fbarin@med.univ-tours.fr) ou 02.47.47.80.58 / 57.

#### **Sérologies VIH antérieures (y compris tests rapides : TROD et autotests)**

L'information sur l'existence de **sérologies antérieures négatives** et la date de la dernière négative est indispensable à l'estimation de l'incidence du VIH (nombre annuel de nouvelles contaminations).

#### **Coordonnées du biologiste déclarant et du clinicien**

Il vous est demandé d'indiquer vos coordonnées, ainsi que celles du clinicien prescripteur ou prenant en charge le patient afin de permettre à l'InVS, pendant une période de 12 mois, de valider éventuellement certaines informations (code d'anonymat invalide, information manquante, feuillet médical non reçu...).

### **3 - Surveillance virologique**

Il s'agit de tests complémentaires effectués par le CNR du VIH sur le premier prélèvement réalisé pour le diagnostic de l'infection, notamment du test d'infection récente qui permet de calculer l'incidence du VIH. Le matériel nécessaire à cette surveillance (buvards, sachets plastiques et enveloppes T pré-adressées) est disponible auprès de l'ARS de votre lieu d'exercice.

Votre participation à la surveillance virologique est volontaire. Pour y participer, vous devez déposer sur le buvard 6 fois 20 microlitres de sérum du premier prélèvement, faire sécher le buvard au moins 1 heure à température ambiante, le placer dans le sachet plastique, puis l'envoyer au CNR avec une photocopie de la présente déclaration dans l'enveloppe T pré-adressée. Les conditions d'envoi de ce prélèvement (sérum séché sur un buvard inséré dans un sachet plastique) le rendent non dangereux, un triple emballage n'est donc pas nécessaire.

La participation des patients à cette surveillance est également volontaire. Vous n'avez pas besoin d'attendre de savoir si le patient refuse d'y participer, puisque c'est le médecin qui mentionne son refus sur le feuillet médical (environ 2 % de refus). Dans ce cas, l'InVS en informe le CNR, qui détruit alors les données virologiques.

Pour plus d'information : <http://www.chu-tours.fr/le-centre-national-de-reference-du-vih-cnr-presentation.html>

### **4 - Envoi du formulaire**

Ce formulaire de déclaration obligatoire doit être adressé au médecin de l'ARS de votre lieu d'exercice, sous pli portant la mention « secret médical ». L'ARS transmettra ensuite les déclarations de sa région à l'InVS pour saisie et analyse des données.

Il vous est demandé de conserver un double de cette déclaration pendant 12 mois, pour permettre une validation éventuelle par le médecin de l'InVS.

Les notices d'information, destinées aux personnes dont vous déclarez l'infection VIH, sont disponibles sur le site web de l'InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

Version 2015

<b>ARS de :</b> _____	<b>Fiche clinicien : infection à VIH chez l'adulte (15 ans et plus)</b> Maladie à déclaration obligatoire (Art. L3113-1, R3113-1, R3113-2, R3113-3, R3113-5, D3113-7 du Code de la santé publique). <b>Critères de notification :</b> toute sérologie VIH confirmée positive chez un sujet de 15 ans et plus. <b>Information individuelle des personnes :</b> droit d'accès et de rectification (loi du 6 janvier 1978 modifiée) pendant 12 mois, par l'intermédiaire du médecin déclarant, auprès de l'Institut de veille sanitaire.	 12221*xx 50959#xx
--------------------------	--	---

**Caractéristiques sociodémographiques**

**Code d'anonymat\* :** \_\_\_\_\_ **Année de naissance :** \_\_\_\_\_  
**Sexe\* :**  H  F  transgenre H vers F  transgenre F vers H  
**Pays de domicile\* :**  France, préciser le département : \_\_\_\_\_  autre pays  
**Lieu de naissance :**  France métropolitaine  Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy  France d'outre-mer autre  
 autre pays, préciser : \_\_\_\_\_ **Année d'arrivée en France :** \_\_\_\_\_  
**Nationalité :**  française  étrangère, préciser : \_\_\_\_\_  
**Profession (exercée ou non)\* :** \_\_\_\_\_ **En activité professionnelle :**  oui  non (formation, chômage, retraite, etc.)  
**Statut vital :**  vivant  décédé, préciser la date du décès : \_\_\_\_\_  inconnu

**Sérologie VIH actuelle**

**Date du prélèvement de la sérologie positive :** \_\_\_\_\_  
**Motif(s) de réalisation de la sérologie actuelle\* (plusieurs choix possibles) :**  
 risque d'exposition au VIH datant de moins de 6 mois  
 risque d'exposition au VIH datant de 6 mois ou plus  
 symptômes/signes cliniques liés au VIH  
 infection sexuellement transmissible  
 contrôle d'une séropositivité connue  
 confirmation d'un TROD positif  
 confirmation d'un autotest positif  
 grossesse  
 dépistage sans notion d'exposition au VIH  
 autre, préciser : \_\_\_\_\_  
**Initiative de la sérologie actuelle\* :**  proposée par le médecin  demandée par la personne

**Sérologies VIH antérieures et recours à une PrEP\***

**Négative :**  oui  non  inconnu  
*(y compris tests rapides\*)* Si oui, date de la dernière négative : \_\_\_\_\_  
**Confirmée positive\* :**  oui  non  inconnu  
*(si oui, merci de compléter)* Si oui, date de la première confirmée positive : \_\_\_\_\_  
*(néanmoins cette déclaration)*  
**Recours à une PrEP :**  oui  non  inconnu  
*(quelle que soit la période)*

**VHC, VHB et IST (syphilis, gonococcie, chlamydie, LGV)**

**Ac anti-VHC** au moment du diagnostic VIH :  positif  négatif  inconnu  
**Ag HBs** au moment du diagnostic VIH :  positif  négatif  inconnu  
**IST** au moment du diagnostic VIH ou dans les 12 mois précédents :  
 oui, la(es)quelle(s) : \_\_\_\_\_  non  inconnu

**Statut clinique et immunologique au moment du diagnostic d'infection à VIH**

**Stade clinique :**  primo-infection symptomatique\*  asymptomatique  symptomatique non sida  inconnu  
 sida\*, préciser : - pathologie(s) inaugurale(s) de sida : \_\_\_\_\_  
 - date de diagnostic du sida : \_\_\_\_\_  
 - traitements antirétroviraux pré-sida ≥3 mois :  oui  non  inconnu  
*(au cours des deux dernières années)*  
**Nombre de CD4 :** \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup> **Date :** \_\_\_\_\_  
*(mesure la plus proche possible du diagnostic d'infection à VIH)*  
**Charge virale :** \_\_\_\_\_ copies/ml **Date :** \_\_\_\_\_  
*(mesure la plus proche possible du diagnostic d'infection à VIH)*

**Circonstances probables de la contamination**

**Mode(s) probable(s) de contamination :**  
 rapports homosexuels\*, préciser s'il s'agit d'un homme ayant aussi des rapports hétérosexuels :  oui  non  inconnu  
 rapports hétérosexuels  
 usage de drogues injectables  
 autre, préciser : \_\_\_\_\_  
 inconnu  
**La date de contamination peut-elle être estimée :**  oui  non  
 Si oui, préciser à quelle date ou période : \_\_\_\_\_  
 et comment *(prise de risque unique, test antérieur...)* : \_\_\_\_\_  
**Lieu probable de contamination :**  France  autre pays  inconnu

**Partenaire sexuel à l'origine probable de la contamination\***

**Préciser s'il s'agit d'un partenaire :**  
 homosexuel/bisexuel  
 usager de drogues injectables  
 originaire d'Afrique subsaharienne  
 originaire des Caraïbes/Guyane  
 appartenant à une autre population exposée au VIH  
 Préciser : \_\_\_\_\_  
 n'appartenant pas à une autre population exposée au VIH  
 Préciser : \_\_\_\_\_  
 aucune information disponible sur le partenaire

**Surveillance virologique\***

Après avoir été informée, la personne refuse les tests de la surveillance virologique :  *(ne cocher cette case qu'en cas de refus de la personne)*

**Biologiste à l'origine du diagnostic VIH**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_  
**Courriel :** \_\_\_\_\_  
**Nom et adresse du laboratoire (ou cachet) :**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Date de notification :** \_\_\_\_\_

**Observations**

\_\_\_\_\_

**Clinicien déclarant**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_  
**Courriel :** \_\_\_\_\_  
**Cadre d'exercice :**  
 Hôpital ou clinique (nom) : \_\_\_\_\_  
 Chef de service et spécialité : \_\_\_\_\_  
 Médecine libérale, préciser la spécialité : \_\_\_\_\_  
 Autre, préciser : \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_  
**Code postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_  
**Date de notification :** \_\_\_\_\_

Cette fiche de déclaration obligatoire doit être adressée au médecin de l'ARS sous pli portant la mention « secret médical ».  
 \* Voir au verso de la fiche

**Ce formulaire téléchargeable n'est à utiliser que si vous ne parvenez pas à déclarer en ligne sur : [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)**

**1 - Critères de notification de l'infection à VIH chez l'adulte (15 ans et plus)**

Doit être déclaré tout diagnostic d'infection à VIH (**sérologie VIH confirmée positive**) chez une personne de 15 ans et plus.

**2 - Mode de remplissage du formulaire par le clinicien**

**Caractéristiques sociodémographiques**

- Le **code d'anonymat** est calculé directement dans l'application de déclaration en ligne ([www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)). À défaut, il peut être calculé au moyen du logiciel d'anonymisation fourni par l'InVS sur demande, à partir du prénom, de l'initiale du nom, de la date de naissance et du sexe de la personne. Ce code, indispensable à l'enregistrement du cas, permet de repérer les doubles déclarations.

- Concernant le sexe, le terme « **transgenre** » désigne toute personne dont l'identité de genre, l'expression ou le comportement sont en inadéquation avec son sexe biologique.

- Le **pays de domicile** correspond au lieu où vit habituellement la personne et non à une adresse temporaire liée à une prise en charge médicale ou autre.

- La **profession** ou la catégorie socioprofessionnelle (ex : cadre, profession intermédiaire, employé...) doit être précisée, que la personne soit en activité ou non. Si la personne n'est plus en activité, indiquer la dernière profession exercée. « Sans profession » concerne seulement les personnes n'ayant jamais exercé de profession.

**Sérologie VIH actuelle** : Les variables « **Motif(s) de réalisation de la sérologie actuelle** » et « **Initiative de la sérologie actuelle** » ont pour objectifs de décrire les circonstances de réalisation d'une sérologie VIH, dans le cadre des évolutions de la stratégie de dépistage.

**Sérologies VIH antérieures et recours à une prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP)**

- L'information sur l'existence de **sérologies antérieures négatives** et la date de la dernière négative est très importante, car indispensable à l'estimation de l'incidence du VIH (nombre annuel de nouvelles contaminations). Les tests rapides négatifs (TROD ou autotests) sont également à mentionner dans cette rubrique.

- La notion d'une **sérologie antérieure confirmée positive** est demandée, car la séropositivité peut être déjà connue sans jamais avoir été déclarée. Ne pas tenir compte des TROD ou autotests positifs, non confirmés par une sérologie classique.

**Statut clinique et immunologique au moment du diagnostic d'infection à VIH**

- La **primo-infection symptomatique** correspond à une période de réplication virale intense, au cours de laquelle la personne peut présenter des manifestations cliniques débutant 2 à 6 semaines après sa contamination (syndrome pseudo-grippal, pharyngite, éruption cutanée, adénopathies superficielles...).

- Si la personne est au **stade sida** au moment de la découverte de séropositivité, il est possible d'indiquer sur ce formulaire la(les) pathologie(s) inaugurale(s) de sida, la date de diagnostic du sida et la notion de traitements antirétroviraux. Dans ce cas, il est inutile de remplir un formulaire de déclaration de sida.

**Circonstances probables de la contamination** : Concernant les hommes contaminés par rapports homosexuels, l'intérêt de préciser s'ils ont aussi des rapports hétérosexuels est de caractériser la population bisexuelle découvrant sa séropositivité VIH et d'appréhender le risque de diffusion de l'infection à la population hétérosexuelle.

**Partenaire sexuel à l'origine probable de la contamination**

- Le libellé « **partenaire originaire des Caraïbes/Guyane** » inclut notamment la Guadeloupe et la Martinique.

- Les « **autres populations exposées au VIH** » incluent notamment les partenaires originaires d'une autre zone géographique à forte prévalence (Asie, Europe de l'Est...) et les partenaires prostitué(e)s.

**Surveillance virologique** : Il s'agit de tests complémentaires effectués par le Centre national de référence (CNR) du VIH sur le premier prélèvement réalisé pour le diagnostic, notamment du test d'infection récente qui permet de calculer l'incidence du VIH. Il vous incombe d'informer la personne séropositive sur cette surveillance virologique, et sur le fait qu'elle peut s'y opposer. Cochez l'item correspondant seulement en cas de refus.

**Coordonnées du clinicien déclarant et du biologiste** : Il vous est demandé d'indiquer vos coordonnées, ainsi que celles du biologiste à l'origine du diagnostic VIH, afin de permettre à l'InVS, pendant une période de 12 mois, de valider éventuellement certaines informations (code d'anonymat invalide, information manquante, feuillet médical non reçu...).


**3 - Envoi du formulaire**

Ce formulaire de déclaration obligatoire doit être adressé au médecin de l'ARS de votre lieu d'exercice, sous pli portant la mention « secret médical ». L'ARS transmettra ensuite les déclarations de sa région à l'InVS pour saisie et analyse des données.

Il vous est demandé de conserver un double de cette déclaration pendant 12 mois, pour permettre une validation éventuelle par le médecin de l'InVS.

Les notices d'information, destinées aux personnes dont vous déclarez l'infection VIH, sont disponibles sur le site web de l'InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

Version 2015

<b>ARS de :</b>	<b>Sida chez l'enfant (moins de 15 ans)</b> Maladie à déclaration obligatoire (Art. L3113-1, R3113-1, R3113-2, R3113-3, R3113-5, D3113-7 du Code de la santé publique). <b>Critères de notification</b> du sida chez l'enfant*. <b>Information individuelle des personnes :</b> droit d'accès et de rectification (loi du 6 janvier 1978 modifiée) pendant 12 mois, par l'intermédiaire du médecin déclarant, auprès de l'Institut de veille sanitaire.	 13381*xx 51185#xx
-----------------	--	---

**Caractéristiques sociodémographiques**

Code d'anonymat\* : \_\_\_\_\_ Année de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F Pays de domicile\* :  France, préciser le département : \_\_\_\_\_  autre pays

Lieu de naissance :  France métropolitaine  Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy  France d'outre-mer autre  
 autre pays, préciser : \_\_\_\_\_ Année d'arrivée en France : \_\_\_\_\_

Inclusion dans l'Enquête périnatale française (EPF)\* :  oui  non  ne sait pas Si oui, préciser la maternité de naissance : \_\_\_\_\_

Statut vital :  vivant  décédé, préciser la date du décès : \_\_\_\_\_  inconnu

Lieu de naissance de la mère :  France métropolitaine  Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy  France d'outre-mer autre  
 autre pays, préciser : \_\_\_\_\_

**Diagnostic : première(s) pathologie(s) opportuniste(s)\***

<input type="checkbox"/> Candidose bronches/trachée/poumons	MOIS ANNÉE
<input type="checkbox"/> Candidose œsophagienne	_____
<input type="checkbox"/> Coccidioidomycose disséminée <sup>1</sup>	_____
<input type="checkbox"/> Cryptococcose extra-pulmonaire	_____
<input type="checkbox"/> Cryptosporidiose <sup>2</sup>	_____
<input type="checkbox"/> Encéphalopathie à VIH <sup>3</sup>	_____
<input type="checkbox"/> Histoplasmosse disséminée <sup>1</sup>	_____
<input type="checkbox"/> Infections bactériennes sévères multiples ou récurrentes <sup>4</sup>	_____
<input type="checkbox"/> Infection à CMV <sup>5</sup>	_____
Localisation : _____	
<input type="checkbox"/> Infection à HSV <sup>6</sup>	_____
<input type="checkbox"/> Infection à <i>Mycobacterium</i> <sup>7</sup>	_____
<input type="checkbox"/> <i>Avium</i> <input type="checkbox"/> <i>Kansasii</i> <input type="checkbox"/> <i>Xenopi</i> <input type="checkbox"/> atypique autre <input type="checkbox"/> non identifiée	
Localisation : _____	
<input type="checkbox"/> Isosporidiose <sup>2</sup>	_____
<input type="checkbox"/> Leucoencéphalite multifocale progressive	_____
<input type="checkbox"/> Lymphome cérébral primaire	_____
<input type="checkbox"/> Lymphome non Hodgkinien <sup>8</sup>	_____
Type et localisation : _____	
<input type="checkbox"/> Pneumopathie interstitielle lymphoïde <sup>9</sup>	_____
<input type="checkbox"/> Pneumocystose pulmonaire	_____
<input type="checkbox"/> Sarcome de Kaposi	_____
<input type="checkbox"/> Septicémie récurrente à <i>Salmonella non typhi</i>	_____
<input type="checkbox"/> Syndrome cachectique <sup>10</sup>	_____
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cérébrale <sup>11</sup>	_____
<input type="checkbox"/> Tuberculose disséminée ou extrapulmonaire	_____

**Biologie**

Infection à VIH diagnostiquée avant le sida :  oui  non  inconnu  
Si oui, date du premier diagnostic VIH : \_\_\_\_\_

Type de virus :  VIH-1  VIH-2  type non précisé

Nombre de CD4 : \_\_\_\_\_ / mm<sup>3</sup> Date : \_\_\_\_\_  
*(mesure la plus proche possible du diagnostic du sida)*

Pourcentage de CD4 : \_\_\_\_\_ %

Charge virale : \_\_\_\_\_ copies/ml Date : \_\_\_\_\_  
*(mesure la plus proche possible du diagnostic du sida)*

**Mode probable de contamination**

Transmission materno-fœtale :

- Mode de contamination de la mère :  
 rapports hétérosexuels  
 usage de drogues injectables  
 autre, préciser : \_\_\_\_\_  
 inconnu
- Découverte de la séropositivité de la mère :  
 avant la grossesse  
 pendant la grossesse, préciser le trimestre : \_\_\_\_\_  
 après la grossesse  
 date inconnue
- Prophylaxie antirétrovirale :  
 chez la mère pendant la grossesse  
 chez la mère pendant l'accouchement  
 chez l'enfant en post-natal  
 inconnue

Autre mode de contamination, préciser : \_\_\_\_\_  
La date de contamination peut-elle être estimée :  oui  non  
Si oui, préciser à quelle date ou période : \_\_\_\_\_

Inconnu

**Observations**

**Traitements antirétroviraux avant le sida, de durée ≥3 mois**

oui  non  inconnu

**Statut VHC et VHB au moment du diagnostic de sida**

ARN VHC (si enfant <18 mois) :  positif  négatif  inconnu  
Ac anti-VHC (si enfant ≥18 mois) :  positif  négatif  inconnu  
Ag HBs :  positif  négatif  inconnu

**Médecin déclarant**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Cadre d'exercice :  Hôpital ou clinique (nom) : \_\_\_\_\_  
Nom du chef de service : \_\_\_\_\_ Spécialité du service : \_\_\_\_\_  
 Médecine libérale, préciser la spécialité : \_\_\_\_\_  
 Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

Cette fiche de déclaration obligatoire doit être adressée au médecin de l'ARS sous pli portant la mention « secret médical ».  
\* Voir au verso de la fiche



**Ce formulaire téléchargeable n'est à utiliser que si vous ne parvenez pas à déclarer en ligne sur : [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)**

**1 - Critères de notification du sida chez l'enfant de moins de 15 ans**

Doit être déclaré tout diagnostic de sida chez un enfant de moins de 15 ans, selon la définition du sida chez l'enfant révisée en 1995, publiée dans le BEH n°11/1995.

**2 - Mode de remplissage du formulaire**

**Caractéristiques sociodémographiques**

- Le **code d'anonymat** est calculé directement dans l'application de déclaration en ligne ([www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)). À défaut, il peut être calculé au moyen du logiciel d'anonymisation fourni par l'InVS sur demande, à partir du prénom, de l'initiale du nom, de la date de naissance et du sexe de la personne. Ce code, indispensable à l'enregistrement du cas, permet de repérer les doubles déclarations.

- Le **pays de domicile** correspond au lieu où vit habituellement l'enfant et non à une adresse temporaire liée à une prise en charge médicale ou autre.

- La mention de l'**inclusion dans l'enquête périnatale française (EPF)**, cohorte d'enfants infectés par le VIH gérée par l'équipe VIH/IST CESP 1018 de l'Inserm, est utile pour estimer l'exhaustivité des deux systèmes.

**Diagnostic du sida : première(s) pathologie(s) opportuniste(s)**

- La rubrique concerne uniquement **la ou les pathologies inaugurales de sida**. Seules sont enregistrées la 1<sup>re</sup> pathologie définissant le sida et celles survenant éventuellement dans le mois qui suit.

- **Le mois et l'année** du diagnostic sont indispensables à l'enregistrement du cas.

- Les notes (de 1 à 11) précisent les critères de déclaration de certaines pathologies :

1. Autre site que poumons, ganglions médiastinaux ou cervicaux.
2. Avec diarrhée persistant pendant plus d'un mois.
3. Au moins l'un des signes évolutifs suivants, constatés sur une durée d'au moins deux mois :
  - retard ou perte des acquisitions psycho-motrices ou intellectuelles ;
  - ralentissement de la croissance cérébrale ou microcéphalie acquise ;
  - déficit moteur symétrique acquis, se manifestant par au moins 2 des signes suivants : parésie, anomalies des réflexes, ataxie ou troubles de la marche.
4. Au moins 2 infections prouvées par culture ou isolement du germe, sur une période de 2 ans sous forme : septicémique, pulmonaire, méningée, osseuse, articulaire, d'abcès viscéral ou d'une cavité naturelle (à l'exception des otites de l'oreille moyenne, des abcès superficiels de la peau ou des muqueuses, et des infections sur cathéter).
5. Débutant après l'âge de 1 mois (autre site que foie, rate ou ganglions).
6. Infection cutané-muqueuse ulcérée persistant pendant plus d'un mois ; ou bronchique, pulmonaire ou oesophagienne, quelle que soit la durée, chez un enfant âgé de plus de 1 mois.
7. Infection à *Mycobacterium* autre que *tuberculosis*, identifiée ou non (autre site que peau, poumons, ganglions médiastinaux ou cervicaux).
8. Lymphome à petites cellules non clivées (type Burkitt), lymphome immunoblastique, lymphome à grandes cellules B ou autre lymphome de phénotype immunologique inconnu.
9. Pathologie faisant partie du stade B de la classification et néanmoins de la définition de sida chez l'enfant.
10. Perte de poids persistante supérieure à 10 % du poids de base, ou chute de poids d'au moins 2 percentiles chez un enfant âgé de 1 an et plus, ou poids inférieur au 5<sup>e</sup> percentile, constaté à 2 pesées consécutives espacées d'au moins un mois, et, soit une diarrhée chronique d'au moins un mois, soit une fièvre documentée d'au moins un mois.
11. Toxoplasmose cérébrale, débutant après l'âge de 1 mois.

**3 - Envoi du formulaire**

Ce formulaire de déclaration obligatoire doit être adressé au médecin de l'ARS de votre lieu d'exercice, sous pli portant la mention « secret médical ». L'ARS transmettra ensuite les déclarations de sa région à l'InVS pour saisie et analyse des données.

Il vous est demandé de conserver un double de cette déclaration pendant 12 mois, pour permettre une validation éventuelle par le médecin de l'InVS.

Les notices d'information, destinées aux parents des enfants dont vous déclarez le sida, sont disponibles sur le site web de l'InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)





**Ce formulaire téléchargeable n'est à utiliser que si vous ne parvenez pas à déclarer en ligne sur : [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)**

### **1 - Critères de notification de l'infection à VIH chez l'enfant de moins de 15 ans**

Doit être déclaré par le biologiste tout diagnostic confirmé d'infection par le VIH, réalisé pour la première fois pour son laboratoire, même si l'infection de l'enfant a été diagnostiquée auparavant dans un autre laboratoire.

Définition de cas :

- Chez l'enfant de moins de 18 mois né de mère séropositive : une technique de détection virale positive (ARN VIH-1, ARN VIH-2, ADN VIH-1, ADN VIH-2...) sur 2 prélèvements différents.
- Chez l'enfant de 18 mois et plus : une sérologie VIH confirmée positive pour la première fois dans le laboratoire, même si le second prélèvement nécessaire à la validation de la séropositivité n'a pu être obtenu.

### **2 - Mode de remplissage du formulaire par le biologiste**

#### **Caractéristiques sociodémographiques de l'enfant**

- Le **code d'anonymat** est calculé directement dans l'application de déclaration en ligne ([www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)). À défaut, il peut être calculé au moyen du logiciel d'anonymisation fourni par l'InVS sur demande, à partir du prénom, de l'initiale du nom, de la date de naissance et du sexe de l'enfant. Ce code est indispensable à l'enregistrement du cas et permet de repérer les doubles déclarations.

- Le **pays de domicile** correspond au lieu où vit habituellement l'enfant et non à une adresse temporaire liée à une prise en charge médicale ou autre.

#### **Diagnostic de l'infection VIH**

La **date du diagnostic** fait référence à la date du 1<sup>er</sup> prélèvement biologique positif pris en charge par votre laboratoire.

#### **Coordonnées du biologiste déclarant et du clinicien**

Il vous est demandé d'indiquer vos coordonnées, ainsi que celles du clinicien prescripteur ou prenant en charge l'enfant afin de permettre à l'InVS, pendant une période de 12 mois, de valider éventuellement certaines informations (code d'anonymat invalide, information manquante, feuillet médical non reçu...).

### **3 - Envoi du formulaire**

Ce formulaire de déclaration obligatoire doit être adressé au médecin de l'ARS de votre lieu d'exercice, sous pli portant la mention « secret médical ». L'ARS transmettra ensuite les déclarations de sa région à l'InVS pour saisie et analyse des données.

Il vous est demandé de conserver un double de cette déclaration pendant 12 mois, pour permettre une validation éventuelle par le médecin de l'InVS.

Les notices d'information, destinées aux parents des enfants dont vous déclarez l'infection VIH, sont disponibles sur le site web de l'InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

Version 2015

ARS de :

**Fiche clinicien : infection à VIH chez l'enfant (moins de 15 ans)**

Maladie à déclaration obligatoire (Art. L3113-1, R3113-1, R3113-2, R3113-3, R3113-5, D3113-7 du Code de la santé publique).

**Critères de notification\*** : tout diagnostic d'infection à VIH chez un enfant de moins de 15 ans, par examens virologiques chez l'enfant de moins de 18 mois ou par sérologie chez l'enfant de 18 mois et plus.

**Information individuelle des personnes** : droit d'accès et de rectification (loi du 6 janvier 1978 modifiée) pendant 12 mois, par l'intermédiaire du médecin déclarant, auprès de l'Institut de veille sanitaire.



**Caractéristiques sociodémographiques**

Code d'anonymat\* : \_\_\_\_\_ Année de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F Pays de domicile\* :  France, préciser le département : \_\_\_\_\_  autre pays

Lieu de naissance :  France métropolitaine  Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy  France d'outre-mer autre  
 autre pays, préciser : \_\_\_\_\_ Année d'arrivée en France : \_\_\_\_\_

Inclusion dans l'Enquête périnatale française (EPF)\* :  oui  non  ne sait pas Si oui, préciser la maternité de naissance : \_\_\_\_\_

Statut vital :  vivant  décédé, préciser la date du décès : \_\_\_\_\_  inconnu

Lieu de naissance de la mère :  France métropolitaine  Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy  France d'outre-mer autre  
 autre pays, préciser : \_\_\_\_\_

**Diagnostic de l'infection à VIH**

Date du diagnostic\* : \_\_\_\_\_

Infection à VIH connue antérieurement\* :  oui  non  ne sait pas Si oui, depuis quelle date : \_\_\_\_\_

Motif(s) de réalisation du test VIH actuel :  séropositivité d'un des parents  arrivée de zone d'endémie  symptômes VIH  
 autre, préciser : \_\_\_\_\_

**Statut clinique/immunologique au moment du diagnostic d'infection à VIH**

Stade clinique :

asymptomatique  symptomatique non sida  inconnu

sida\*, préciser :

- pathologie(s) inaugurale(s) de sida : \_\_\_\_\_
- date de diagnostic du sida : \_\_\_\_\_
- traitement antirétroviral pré-sida ≥3 mois :  oui  non  inconnu

Nombre de CD4 : \_\_\_\_\_ / mm<sup>3</sup> Date : \_\_\_\_\_  
*(mesure la plus proche possible du diagnostic d'infection à VIH)*

Pourcentage de CD4 : \_\_\_\_\_ %

Charge virale : \_\_\_\_\_ copies/ml Date : \_\_\_\_\_  
*(mesure la plus proche possible du diagnostic d'infection à VIH)*

**Mode probable de contamination**

**Transmission materno-fœtale :**

- Mode de contamination de la mère :
  - rapports hétérosexuels
  - usage de drogues injectables
  - autre, préciser : \_\_\_\_\_
  - inconnu
- Découverte de la séropositivité de la mère :
  - avant la grossesse
  - pendant la grossesse, préciser le trimestre : \_\_\_\_\_
  - après la grossesse
  - date inconnue
- Prophylaxie antirétrovirale :
  - chez la mère pendant la grossesse
  - chez la mère pendant l'accouchement
  - chez l'enfant en post-natal
  - inconnue

**Autre mode de contamination, préciser :** \_\_\_\_\_

Lieu probable de contamination :  France  autre pays  inconnu

La date de contamination peut-elle être estimée :  oui  non  
 Si oui, préciser à quelle date ou période : \_\_\_\_\_

**Inconnu**

**Statut VHC et VHB au moment du diagnostic d'infection à VIH**

ARN VHC (si enfant <18 mois) :  positif  négatif  inconnu

Ac anti-VHC (si enfant ≥18 mois) :  positif  négatif  inconnu

Ag HBs :  positif  négatif  inconnu

**Biologiste à l'origine du diagnostic VIH**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du laboratoire (ou cachet) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de notification : \_\_\_\_\_

**Observations**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Clinicien déclarant**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Cadre d'exercice :

Hôpital ou clinique (nom) : \_\_\_\_\_  
 Nom du chef de service : \_\_\_\_\_  
 Spécialité du service : \_\_\_\_\_

Médecine libérale, préciser la spécialité : \_\_\_\_\_

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date de notification : \_\_\_\_\_

Cette fiche de déclaration obligatoire doit être adressée au médecin de l'ARS sous pli portant la mention « secret médical ».  
 \* Voir au verso de la fiche

**Ce formulaire téléchargeable n'est à utiliser que si vous ne parvenez pas à déclarer en ligne sur : [www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)**

### **1 - Critères de notification de l'infection à VIH chez l'enfant de moins de 15 ans**

Doit être déclaré tout diagnostic d'infection par le VIH chez l'enfant de moins de 15 ans :

- Chez l'enfant de moins de 18 mois né de mère séropositive : une technique de détection virale positive (ARN VIH-1, ARN VIH-2, ADN VIH-1, ADN VIH-2...) sur 2 prélèvements différents.
- Chez l'enfant de 18 mois et plus : une sérologie VIH confirmée positive.

### **2 - Mode de remplissage du formulaire par le clinicien**

#### **Caractéristiques sociodémographiques**

Le **code d'anonymat** est calculé directement dans l'application de déclaration en ligne ([www.e-do.fr](http://www.e-do.fr)). À défaut, il peut être calculé au moyen du logiciel d'anonymisation fourni par l'InVS sur demande, à partir du prénom, de l'initiale du nom, de la date de naissance et du sexe de l'enfant. Ce code est indispensable à l'enregistrement du cas et permet de repérer les doubles déclarations.

Le **pays de domicile** correspond au lieu où vit habituellement l'enfant et non à une adresse temporaire liée à une prise en charge médicale ou autre.

La mention de **l'inclusion dans l'enquête périnatale française (EPF)**, cohorte d'enfants infectés par le VIH gérée par l'équipe VIH/IST CESP 1018 de l'Inserm, est utile pour estimer l'exhaustivité des deux systèmes.

#### **Diagnostic de l'infection VIH**

La **date du diagnostic** fait référence si possible à la date du 1<sup>er</sup> prélèvement biologique positif.

Le clinicien peut savoir que **l'infection VIH était connue antérieurement**, il doit indiquer depuis quelle date et compléter néanmoins la déclaration, car le diagnostic antérieur peut ne pas avoir été notifié.

#### **Statut clinique/immunologique au moment du diagnostic d'infection à VIH**

Si l'enfant est au **stade sida** au moment de la découverte de la séropositivité, il est possible d'indiquer sur ce formulaire la(les) pathologie(s) inaugurale(s) de sida, la date de diagnostic du sida, et la notion de traitements antirétroviraux pré-sida. Dans ce cas, il est inutile de remplir un formulaire de déclaration de sida.

#### **Coordonnées du clinicien déclarant et du biologiste**

Il vous est demandé d'indiquer vos coordonnées, ainsi que celles du biologiste à l'origine du diagnostic VIH, afin de permettre à l'InVS, pendant une période de 12 mois, de valider éventuellement certaines informations (code d'anonymat invalide, information manquante, feuillet médical non reçu...).

### **3 - Envoi du formulaire**

Ce formulaire de déclaration obligatoire doit être adressé au médecin de l'ARS de votre lieu d'exercice, sous pli portant la mention « secret médical ». L'ARS transmettra ensuite les déclarations de sa région à l'InVS pour saisie et analyse des données.

Il vous est demandé de conserver un double de cette déclaration pendant 12 mois, pour permettre une validation éventuelle par le médecin de l'InVS.

Les notices d'information, destinées aux parents des enfants dont vous déclarez l'infection VIH, sont disponibles sur le site web de l'InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)