



Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



IMPORTANT : cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____ Commune domicile : _____

Code d'anonymat : _____ Date de notification : _____

1 • Diagnostic biologique (à remplir par le biologiste du laboratoire effectuant le prélèvement) :

Date de 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 inférieur à : _____) Non testé

2 • Clinique (à remplir par le prescripteur) :

Attention, en cas de : Antécédent d'hépatite B chronique connu du prescripteur Oui Non

Réactivation d'une infection chronique Oui Non

Le médecin renvoie la fiche sans compléter les autres questions des rubriques 2, 3 et 4

Ictère : Oui Non Ne sait pas Hospitalisation : Oui Non Ne sait pas

Si oui, date de l'ictère : _____ Forme fulminante* : Oui Non Ne sait pas

*Encéphalopathie clinique (astérisis ou confusion du coma) et taux de prothrombine < 50 % dans les 3 mois après le début de l'ictère.

3 • Antécédents vaccinaux (à remplir par le prescripteur)

Le patient est-il vacciné contre l'hépatite B ? : Oui Non Ne sait pas Si oui, nombre de doses : _____ Année de la dernière dose : _____

4 • Facteurs de risque potentiels (à remplir par le prescripteur, plusieurs réponses possibles)

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

Risque professionnel :

contacts avec du sang ou des liquides biologiques : Oui Non Ne sait pas

Si oui, profession (en clair) : _____

Usage de drogues

Par voie intraveineuse : Oui Non Ne sait pas

Par voie pernasale : Oui Non Ne sait pas

Risque nosocomial

Transfusion (sang ou produits sanguins) : Oui Non Ne sait pas

Intervention chirurgicale : Oui Non Ne sait pas

Exploration médicale invasive : Oui Non Ne sait pas

(endoscopie, cathétérisme...) Préciser : _____

Dialyse : Oui Non Ne sait pas

Transplantaion : Oui Non Ne sait pas

Soins dentaires : Oui Non Ne sait pas

Autres (acupuncture, mésothérapie) : Oui Non Ne sait pas

Préciser (en clair) : _____

Si la réponse est oui pour l'un de ces actes, préciser le(s) pays où a (ont) eut lieu l'(es) acte(s) : _____

Autres expositions parentales possibles :

Piercing, tatouage, morsure, piqûre : Oui Non Ne sait pas

Préciser (en clair) : _____

Risque sexuel

Partenaire sexuel AgHBs positif connu : Oui Non Ne sait pas

Pratiques homosexuelles : Oui Non Ne sait pas

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 Ne sait pas

Cas familial d'hépatite aiguë B : Oui Non Ne sait pas

Risque périnatal

Nouveau-né de mère AgHBs positive : Oui Non Ne sait pas

Non applicable

Autres risques

Vie en institution : Oui Non Ne sait pas

Séjour dans un pays d'endémie : Oui Non Ne sait pas

Si oui, pays : _____