



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
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 : \_\_\_\_\_

**Pays de naissance :**  France métropolitaine  France outre-mer  Autres, préciser : \_\_\_\_\_

Date de prise en charge dans la structure : \_\_\_\_\_

Date de la première sérologie VHC positive : \_\_\_\_\_ PBH antérieure de plus de 12 mois :  Oui  Non

Si **oui**, résultat en clair : \_\_\_\_\_

Traitement antérieur :  Oui  Non

Notion de sérologie VHC antérieur négative :  Oui  Non Si **oui**, date de la dernière sérologie négative : \_\_\_\_\_

Année ou période de contamination présumée (année) : \_\_\_\_\_ ou entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ (année)

**Circonstances de découverte de la sérologie VHC positive**

Bilan de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Don du sang	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bilan pré-transfusionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dépistage sur facteur de risque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anomalie de la biologie hépatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Complication(s) de cirrhose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bilan d'un carcinome hépatocellulaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres, préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\_\_\_\_\_

**Facteurs de risque :**

Transfusion de sang ou dérivés sanguin avant 1991  Oui  Non

Utilisation de drogue par voie IV  Oui  Non

Utilisation de drogue par voie nasale  Oui  Non

Exposition professionnelle  Oui  Non si **oui**, préciser : \_\_\_\_\_

Exposition nosocomiale  Oui  Non si **oui**, préciser : \_\_\_\_\_

Autres  Oui  Non si **oui**, préciser : \_\_\_\_\_

Aucun facteur de risque retrouvé  Oui  Non

Consommation d'alcool dans les 6 mois précédant le dépistage (nombre moyen de verres par semaine) : \_\_\_\_\_ /

Notion de consommation excessive d'alcool dans le passé :  Oui  Non si **oui**, durée en années \_\_\_\_\_ /

ALAT à la prise en charge (en x N) : \_\_\_\_\_ ARN VHC à la prise en charge :  Positif  Négatif  Non fait  Inconnu

Génotype(s) : \_\_\_\_\_  Non fait  Inconnu Sérotype : \_\_\_\_\_  Non fait  Inconnu

Antigène HBs :  Positif  Négatif  Non fait  Inconnu Anticorps anti HBs :  Positif  Négatif  Non fait  Inconnu

Sérologie VIH :  Positif  Négatif  Inconnu

**Stade de la maladie :**

• **PBH (12 mois avant/6 mois après la prise en charge)**  Oui  Non  
Date de la PBH : \_\_\_\_\_ Score Métavir : A \_\_\_\_\_ / F \_\_\_\_\_

• **Test substitutif de la biopsie :** A : \_\_\_\_\_ F : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  Non fait  Inconnu

• **Evaluation " clinicobiologique " (qu'il y ait ou non histologie ou marqueurs de fibrose) :** Date : \_\_\_\_\_  
 ALAT normales  Hépatite chronique  Cirrhose  Cirrhose " décompensée "  Carcinome hépato-cellulaire  Hépatite " aiguë "  
 Guérison  Spontanée  Après traitement

• **Institution d'un traitement anti-viral :**  Oui  Non  Prévue