



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 : _____

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 Prévüe