



<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 : \_\_\_\_\_

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

Date du 1er prélèvement de la sérologie : \_\_\_\_\_ Date du 2ème prélèvement de la sérologie : \_\_\_\_\_

IgM :  Faiblement positif  Positif  Négatif  Non testé

IgG :  Positif  Négatif  Non testé

PCR :  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 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 (astérix 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) eu 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 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 positive :  Oui  Non  Ne sait pas

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

- chronique  Oui  Non  Ne sait pas

**Risque périnatal**

Nouveau-né de mère 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 : \_\_\_\_\_

