



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS DES HEPATITES VIRALES

### Identification du patient

Nom - Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Etat civil : marié(e)  célibataire

Profession :

### Identification du service demandeur

Nom du médecin:

Structure :

Tél / Fax:

E-mail :

### Analyse(s) demandée(s) :

#### Renseignements cliniques :

• Date de début de la maladie : |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

• Signes cliniques :

• Diagnostic clinique suspecté :

Date du dernier bilan hépatique : |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

Normal  Perturbé

Valeurs des transaminases :

Hépatite virale C : préciser la période précédant les symptômes de **2 semaines à 6 mois** :

Hépatite virale B : préciser la période précédant les symptômes de **6 semaines à 6 mois** :

Est-ce que le patient a été :

- En contact avec une personne présentant une Hépatite Virale aiguë ou chronique (suspectée ou confirmée) ?  
 Si oui, quel type de contact ? : Sexuel :  Familial :  Autres :

- Hémodialysé ? **oui**  **non**  **indeterminé**   
 Si oui, préciser la date de la 1ere dialyse : |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

- Transfusé ?     
 Si oui, préciser la date de la transfusion : |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

- Traité pour une infection sexuellement transmissible ?     
 Si oui, préciser la date du dernier traitement : |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

- Reçu des soins dentaires ou ORL ou fait des examens invasifs ?     
 Si oui, préciser la date : |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

- Hospitalisé ?     
 Si oui, préciser la date : |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

- Toxicomane IV ou pernasale ?

Le patient travaille-t-il dans une structure :

- médicale l'exposant directement au sang humain ?

- public ou de secours (pompier, secouriste, etc) ?

Si oui, combien de fois a-t-il été exposé ? |\_\_\_\_|

Le patient a-t-il fait : - Scarification :  -Piercing  -Tatouage.



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS DES HEPATITES VIRALES B & C

### Le patient est il vacciné contre l'hépatite B ?

Si oui, la date de la vaccination : 1<sup>ere</sup> dose : |\_\_|\_\_|\_\_| 2<sup>eme</sup> dose : |\_\_|\_\_|\_\_| 3<sup>eme</sup> dose : |\_\_|\_\_|\_\_|

### La femme enceinte : a-t-elle été confirmée AgHBs positif pendant la grossesse ?

Si oui, préciser la date de la confirmation de l'AgHBs : |\_\_|\_\_|\_\_|

### Le nouveau né : a-t-il été vacciné ?

Si oui, la date de la vaccination : 1ere dose : |\_\_|\_\_|\_\_| 2<sup>eme</sup> dose : |\_\_|\_\_|\_\_| 3<sup>eme</sup> dose : |\_\_|\_\_|\_\_|

A-t-il reçu des immunoglobulines spécifiques (IgHB) ?

Si oui, préciser la date : |\_\_|\_\_|\_\_|

Le :

**NB** : Si des analyses similaires ont déjà été effectuées à l'IPA, rappeler obligatoirement leurs numéros d'ordre ou bien les joindre à la fiche de renseignements.

Tout prélèvement doit obligatoirement être accompagné d'une fiche de renseignements correctement remplie, d'un bon de paiement ou d'une prise en charge du service demandeur.