ARS de :	**HEPATITE B AIGUE**

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-3, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)

Information individuelle des personnes : droit d'accès et de rectification pendant 12 mois par l'intermédiaire du médecin déclarant auprès de l'Institut de veille sanitaire (loi du 6 janvier 1978).

Critères de notification : détection d'IgM anti-HBc pour la première fois chez un sujet.
Si IgM non testées : détection de l'Ag HBs et d'Ac anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite aiguë (augmentation importante des ALAT avec ou sans ictère).
Sont à exclure : le portage chronique de l'Ag HBs et la réactivation d'une hépatite B chronique avec IgM anti-HBc positives.

cerfa 12216

1 - Caractéristiques du patient (à remplir par le biologiste et à compléter si nécessaire par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Année de naissance : ☐☐☐☐ Sexe : ☐ M ☐ F

Département du domicile : ☐☐☐ Si domicilié hors de France, pays : .....

Pays de naissance : ..... Si né hors de France, mois et année d'arrivée en France : ☐☐ ☐☐☐☐

2 - Diagnostic biologique (à remplir par le biologiste et à compléter si nécessaire par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Date du 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 inférieure à : .....) ☐ non testé

Ne rien inscrire dans cette zone

SPECIMEN

6 - Médecin prescripteur (à remplir par le biologiste et à compléter par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Nom : ..... Tél. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Date de déclaration : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Cadre d'exercice : ☐ Hôpital ou clinique Nom de l'établissement : .....

Nom du chef de service : ..... Spécialité du service : .....

☐ Médecine libérale, préciser la spécialité : .....

☐ Autre cadre, préciser : .....

Adresse complète : ..... Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

E-mail : .....

7 - Biologiste déclarant (laboratoire effectuant le prélèvement, voir guide en dernière page)

Nom du biologiste : ..... Tél. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Date de déclaration : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nom et adresse du laboratoire : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : ..... E-mail : .....

Feuillet n° 1 *à faire parvenir au médecin de l'ARS par le biologiste sous pli portant la mention* ***SECRET MÉDICAL.***

Biologiste => ARS=> InVS

ARS de :

HEPATITE B AIGUE

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-3, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)

Information individuelle des personnes : droit d'accès et de rectification pendant 12 mois par l'intermédiaire du médecin déclarant auprès de l'Institut de veille sanitaire (loi du 6 janvier 1978).

Critères de notification : détection d'IgM anti-HBc pour la première fois chez un sujet.
Si IgM non testées : détection de l'Ag HBs et d'Ac anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite aiguë (augmentation importante des ALAT avec ou sans ictère).
Sont à exclure : le portage chronique de l'Ag HBs et la réactivation d'une hépatite B chronique avec IgM anti-HBc positives.

cerfa 12216

1 - Caractéristiques du patient (à remplir par le biologiste et à compléter si nécessaire par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Année de naissance : ☐☐☐☐ Sexe : ☐ M ☐ F

Département du domicile : ☐☐☐ Si domicilié hors de France, pays : .....

Pays de naissance : ..... Si né hors de France, mois et année d'arrivée en France : ☐☐ ☐☐☐☐

2 - Diagnostic biologique (à remplir par le biologiste et à compléter si nécessaire par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Date du 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 inférieure à : .....) ☐ non testé

3 - Clinique (à remplir par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Antécédent d'hépatite B chronique : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
Réactivation d'une hépatite B chronique : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, le médecin renvoie la fiche à l'ARS sans compléter les autres questions des rubriques 3, 4 et 5.

Ictère : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, date de début de l'ictère : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
Forme fulminante* : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Préciser l'évolution : ☐ guérison ☐ greffe ☐ décès

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

4 - Antécédents vaccinaux (à remplir par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Le patient est-il vacciné contre l'hépatite B : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, nombre de doses : ☐☐ Année de la dernière dose : ☐☐☐☐

5 - Facteurs de risque au cours des six semaines à six mois avant le début des premiers symptômes (à remplir par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Sexuel
Partenaire sexuel Ag HBs positif connu : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Rapports homosexuels : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
N^bre^ de partenaires sexuels : ☐ 0 ☐ 1 ☐ >1 ☐ ne souhaite pas répondre

Usage de drogues
Par voie intraveineuse : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Par voie pernasale : ☐ oui ☐ non ☐ nsp

Contact familial (personnes vivant sous le même toit)
Cas d'hépatite B chronique : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Cas d'hépatite B aiguë : ☐ oui ☐ non ☐ nsp

Périnatal
Nouveau-né de mère Ag HBs positive : ☐ oui ☐ non ☐ nsp

Professionnel
Contacts possibles avec du sang ou des liquides biologiques : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Préciser la profession : .....

Nosocomial
Transfusion : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Intervention chirurgicale : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Exploration médicale invasive : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Préciser : .....
Dialyse : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Transplantation : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Autres (acupuncture, mésothérapie…) : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Préciser : .....
Si oui pour l'un de ces actes, préciser le(s) pays où il(s) a (ont) eu lieu :
.....

Autre risque parentéral
Piercing, tatouage, morsure... : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Préciser : .....

Autres
Vie en institution : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Séjour dans un pays d'endémie : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Préciser le pays : .....

6 - Médecin prescripteur (à remplir par le biologiste et à compléter par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Nom : ..... Tél. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Date de déclaration : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Cadre d'exercice : ☐ Hôpital ou clinique Nom de l'établissement : .....
Nom du chef de service : ..... Spécialité du service : .....
☐ Médecine libérale, préciser la spécialité : .....
☐ Autre cadre, préciser : .....

Adresse complète : ..... Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

E-mail : .....

7 - Biologiste déclarant (laboratoire effectuant le prélèvement, voir guide en dernière page)

Nom du biologiste : ..... Tél. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Date de déclaration : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nom et adresse du laboratoire : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : ..... E-mail : .....

Feuillet n° 2** à envoyer, avec les résultats biologiques, au médecin prescripteur qui le complète et le fait parvenir au médecin de l'ARS, sous pli portant la mention **SECRET MÉDICAL.

Biologiste => Prescripteur => ARS => InVS

SPECIMEN

ARS de :

HEPATITE B AIGUE

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-3, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)

Information individuelle des personnes : droit d'accès et de rectification pendant 12 mois par l'intermédiaire du médecin déclarant auprès de l'Institut de veille sanitaire (loi du 6 janvier 1978).

Critères de notification : détection d'IgM anti-HBc pour la première fois chez un sujet.
Si IgM non testées : détection de l'Ag HBs et d'Ac anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite aiguë (augmentation importante des ALAT avec ou sans ictère).
Sont à exclure : le portage chronique de l'Ag HBs et la réactivation d'une hépatite B chronique avec IgM anti-HBc positives.

cerfa 12216

1 - Caractéristiques du patient (à remplir par le biologiste et à compléter si nécessaire par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Année de naissance : ☐☐☐☐ Sexe : ☐ M ☐ F

Département du domicile : ☐☐☐ Si domicilié hors de France, pays : .....

Pays de naissance : ..... Si né hors de France, mois et année d'arrivée en France : ☐☐ ☐☐☐☐

2 - Diagnostic biologique (à remplir par le biologiste et à compléter si nécessaire par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Date du 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 inférieure à : .....) ☐ non testé

3 - Clinique (à remplir par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Antécédent d'hépatite B chronique : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
Réactivation d'une hépatite B chronique : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, le médecin renvoie la fiche à l'ARS sans compléter les autres questions des rubriques 3, 4 et 5.

Ictère : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, date de début de l'ictère : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
Forme fulminante* : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Préciser l'évolution : ☐ guérison ☐ greffe ☐ décès

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

4 - Antécédents vaccinaux (à remplir par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Le patient est-il vacciné contre l'hépatite B : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, nombre de doses : ☐☐ Année de la dernière dose : ☐☐☐☐

5 - Facteurs de risque au cours des six semaines à six mois avant le début des premiers symptômes (à remplir par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Sexuel
Partenaire sexuel Ag HBs positif connu : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Rapports homosexuels : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
N^bre^ de partenaires sexuels : ☐ 0 ☐ 1 ☐ >1 ☐ ne souhaite pas répondre

Usage de drogues
Par voie intraveineuse : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Par voie pernasale : ☐ oui ☐ non ☐ nsp

Contact familial (personnes vivant sous le même toit)
Cas d'hépatite B chronique : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Cas d'hépatite B aiguë : ☐ oui ☐ non ☐ nsp

Périnatal
Nouveau-né de mère Ag HBs positive : ☐ oui ☐ non ☐ nsp

Professionnel
Contacts possibles avec du sang ou des liquides biologiques : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Préciser la profession : .....

Nosocomial
Transfusion : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Intervention chirurgicale : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Exploration médicale invasive : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Préciser : .....
Dialyse : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Transplantation : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Autres (acupuncture, mésothérapie…) : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Préciser : .....
Si oui pour l'un de ces actes, préciser le(s) pays où il(s) a (ont) eu lieu :
.....

Autre risque parentéral
Piercing, tatouage, morsure... : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Préciser : .....

Autres
Vie en institution : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Séjour dans un pays d'endémie : ☐ oui ☐ non ☐ nsp
Préciser le pays : .....

6 - Médecin prescripteur (à remplir par le biologiste et à compléter par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Nom : ..... Tél. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Date de déclaration : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Cadre d'exercice : ☐ Hôpital ou clinique Nom de l'établissement : .....
Nom du chef de service : ..... Spécialité du service : .....
☐ Médecine libérale, préciser la spécialité : .....
☐ Autre cadre, préciser : .....

Adresse complète : ..... Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

E-mail : .....

7 - Biologiste déclarant (laboratoire effectuant le prélèvement, voir guide en dernière page)

Nom du biologiste : ..... Tél. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Date de déclaration : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nom et adresse du laboratoire : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : ..... E-mail : .....

***Feuillet n° 3** à faire parvenir au médecin prescripteur avec le feuillet n° 2 et les résultats biologiques ; ce feuillet est ensuite conservé pendant 12 mois par le médecin prescripteur.*

Biologiste => Prescripteur

SPECIMEN

ARS de :	**HEPATITE B AIGUE**

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-3, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)

Information individuelle des personnes : droit d'accès et de rectification pendant 12 mois par l'intermédiaire du médecin déclarant auprès de l'Institut de veille sanitaire (loi du 6 janvier 1978).

Critères de notification : détection d'IgM anti-HBc pour la première fois chez un sujet.
Si IgM non testées : détection de l'Ag HBs et d'Ac anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite aiguë (augmentation importante des ALAT avec ou sans ictère).
Sont à exclure : le portage chronique de l'Ag HBs et la réactivation d'une hépatite B chronique avec IgM anti-HBc positives.

cerfa 12216

1 - Caractéristiques du patient (à remplir par le biologiste et à compléter si nécessaire par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Année de naissance : ☐☐☐☐ Sexe : ☐ M ☐ F

Département du domicile : ☐☐☐ Si domicilié hors de France, pays : .....

Pays de naissance : ..... Si né hors de France, mois et année d'arrivée en France : ☐☐ ☐☐☐☐

2 - Diagnostic biologique (à remplir par le biologiste et à compléter si nécessaire par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Date du 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 inférieure à : .....) ☐ non testé

Ne rien inscrire dans cette zone

DÉSENSIBILISANT
UNIQUEMENT
SUR CE FEUILLET
A CET ENDROIT

SPECIMEN

6 - Médecin prescripteur (à remplir par le biologiste et à compléter par le prescripteur, voir guide en dernière page)

Nom : ..... Tél. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Date de déclaration : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Cadre d'exercice : ☐ Hôpital ou clinique Nom de l'établissement : .....

Nom du chef de service : ..... Spécialité du service : .....

☐ Médecine libérale, préciser la spécialité : .....

☐ Autre cadre, préciser : .....

Adresse complète : ..... Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

E-mail : .....

7 - Biologiste déclarant (laboratoire effectuant le prélèvement, voir guide en dernière page)

Nom du biologiste : ..... Tél. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Date de déclaration : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nom et adresse du laboratoire : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : ..... E-mail : .....

***Feuillet n° 4** à conserver par le biologiste pendant 12 mois après notification.*

Biologiste

GUIDE DE REMPLISSAGE DE LA NOTIFICATION OBLIGATOIRE DE L'HEPATITE B AIGUE

Critères de notification : sont à déclarer les hépatites B aiguës définies par :

- la détection d'IgM anti-HBc pour la première fois dans le sérum d'un patient ;
- ou si IgM anti-HBc non testées, par la détection de l'Ag HBs et d'Ac anti-HBc totaux pour la première fois dans le sérum d'un patient dans un contexte d'hépatite aiguë (augmentation importante des ALAT avec ou sans ictère).

Critères d'exclusion :

- les hépatites chroniques définies par le portage chronique de l'Ag HBs ;
- les réactivations d'une hépatite chronique définies par la détection d'IgM anti-HBc dans un contexte de portage chronique de l'Ag HBs.

Guide pour le biologiste

Le biologiste doit compléter les rubriques 1, 2, 6 et 7 de la fiche de notification.

- Caractéristiques du patient
  - **Le code d'anonymat** est à établir à l'aide du logiciel d'anonymisation fourni par l'InVS, à partir du prénom, de l'initiale du nom, de la date de naissance et du sexe de la personne. Ce code est indispensable à l'enregistrement du cas et permet de repérer les doubles déclarations.
  - **Le département ou le pays de domicile** sont ceux de l'adresse habituelle de la personne et non ceux d'une adresse temporaire liée à une prise en charge médicale ou autre.
- Diagnostic biologique
  - **Date du prélèvement** : il s'agit de la date de premier prélèvement pour lequel les résultats étaient positifs.
  - **ALAT** : il s'agit du résultat des ALAT à la date la plus proche de celle du premier prélèvement diagnostique. **Ne pas omettre** d'indiquer la valeur limite supérieure de la valeur normale utilisée au laboratoire.
- Médecin prescripteur
  - **Les coordonnées du médecin prescripteur** doivent être bien précises pour qu'il puisse être contacté pour la validation des informations médicales, si nécessaire.

Le biologiste :

- adresse le feuillet 1 de notification à l'Agence régionale de santé (ARS) dont il dépend ;
- adresse les feuillets 2 et 3 au médecin prescripteur ;
- conserve le feuillet 4 pendant 12 mois.

Guide pour le médecin prescripteur

Le médecin prescripteur doit compléter les rubriques 3, 4 et 5 et, si besoin, les informations manquantes des rubriques 1, 2 et 6.

- Caractéristiques du patient
  - Le **département ou le pays de domicile** sont ceux de l'adresse habituelle de la personne et non ceux d'une adresse temporaire liée à une prise en charge médicale ou autre.
- Diagnostic biologique
  - **IgM anti-HBc faiblement positives :** il est dans ce cas indispensable de rechercher la notion d'un portage chronique de l'Ag HBs (hépatite B chronique) chez la personne.
  - **ALAT** : il s'agit du résultat à la date la plus proche de la date du premier prélèvement diagnostique. **Ne pas omettre** d'indiquer la valeur limite supérieure de la valeur normale utilisée par le laboratoire.
- Clinique : **ne pas omettre** de cocher une réponse pour chaque item.
- Facteurs de risque au cours des six semaines à six mois avant le début des premiers symptômes
  - Sont à prendre en compte les seuls facteurs limités à la période de **six semaines à six mois avant le début des premiers symptômes.**
  - **Ne pas omettre** de cocher une réponse pour chaque item, la case « oui » pouvant être cochée plusieurs fois.

Le médecin :

- adresse le feuillet 2 de la notification à l'Agence régionale de santé (ARS) dont il dépend ;
- conserve le feuillet 3 pendant 12 mois.

SPECIMEN