

FICHE DE PRELEVEMENT HEPATITE A

<p>Service de Virologie Hôpital Paul Brousse 12, avenue Paul Vaillant-Couturier 94804 Villejuif</p> <p>Tél : 01 45 59 37 21 ou 01 45 59 36 54</p>	<p>Privilégier le contact par mail : cnr-vha.pbr@aphp.fr</p> <p>Pr AM ROQUE-AFONSO anne-marie.roque@aphp.fr</p>
---	--

PRESCRIPTEUR (si envoi à la demande de l'ARS, fournir les coordonnées du correspondant ARS)

Laboratoire : _____ Adresse du laboratoire _____

Biologiste (nom/tel): _____

Médecin/correspondant ARS (nom/tel) _____

PRELEVEMENT

NOM : _____ Date : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____ Sexe : M F

sérum
 plasma EDTA (**PAS de plasma hépariné**)
 selles
 salive
 Autre : _____

CONTEXTE DE LA DEMANDE

Investigation de cas groupés
 Observatoire des souches
 Expertise diagnostique (IgM douteuses par exemple)

Qualification de don de selles
 Recherche de l'ARN VHA chez un immunodéprimé
 Autre _____

Selon le contexte, seront réalisés

Détection/quantification de l'ARN
 Génotypage
 Avidité des IgG VHA
 IgM VHA
 Dosage des anticorps totaux

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Contact avec un cas confirmé
 Séjour hors France métropolitaine récent
 Pays : _____ Date : _____

Consommation de fruits de mer
 Autres Facteurs de risque : _____

Hépatite aiguë : Début des signes _____
 ALAT : _____
 Forme fulminante : TP ou facteur V _____
 Forme prolongée ou à rechute
 Notion de vaccination anti-VHA, date _____

RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES : RESULTAT DES IgM VHA

Positif Technique _____ Signal _____ Valeur seuil _____
 Négatif
 Non réalisé

Envoi des échantillons :
Température ambiante ou + 4°C, en respectant les modalités de transport de substances biologiques à risque infectieux

Date d'envoi _____