

**CENTRE NATIONAL DE REFERENCE
VIRUS DES HEPATITES A TRANSMISSION ENTERIQUE**

FICHE DE PRELEVEMENT HEPATITE A

 Service de Virologie Hôpital Paul Brousse 12, avenue Paul Vaillant-Couturier 94804 Villejuif Tél : 01.45.59.37 21 Fax : 01.45.59.37.24	Pr Anne Marie ROQUE-AFONSO anne-marie.roque@aphp.fr Dr Lina MOUNA lina.mouna@aphp.fr
---	---

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 du prélèvement : _____
Prénom : _____	Nature du prélèvement : _____
Né(e) le : _____ Sexe : M ☐ F ☐	☐ sérum
	☐ plasma EDTA (ne PAS adresser de plasma hépariné)
	☐ selles
	☐ salive

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 : date du début : _____ ALAT : _____ ☐ Forme fulminante : TP ou facteur V _____ ☐ Forme prolongée ou à rechute ☐ Notion de vaccination anti-VHA, date _____
---	--

RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES

☐ IgM VHA positif Technique _____, Signal _____ Valeur seuil _____

☐ IgM VHA négatif

JUSTIFICATION DE LA DEMANDE

☐ Investigation d'épidémie
☐ Observatoire des souches
☐ Expertise diagnostique

Selon le contexte, le CNR réalisera les examens suivants

Détection/quantification du génome
Génotypage
Avidité des IgG VHA / IgM VHA / dosage des anticorps totaux

Envoi des échantillons :

Température ambiante ou + 4°C, en respectant les modalités de transport de substances biologiques (triple emballage)

Date d'envoi _____