


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

FICHE DE PRELEVEMENT HEPATITE A

 <p>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</p>	<p>Pr Anne Marie Roque-Afonso anne-marie.roque@aphp.fr Dr Muriel Macé muriel.mace@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 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 Hépatite aiguë : date du début : _____
 Séjour hors France métropolitaine récent ALAT : _____
Pays : _____ Date : _____ Forme fulminante : TP ou facteur V _____
 Consommation de fruits de mer Forme prolongée ou à rechute
 Autres Facteurs de risque : _____ 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

Envoi des échantillons :

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

Date d'envoi _____