



Fiche de renseignements PCR VHB et / ou VHC

Identification du patient

Nom et prénom :
Nom de jeune fille :
Sexe :
Date et lieu de naissance :
Etat civil : marié(e) célibataire
Profession :
Tél/Fax :

Nom de la structure:

Nom du Médecin :
Tél/Fax :
E-mail :

ANALYSE(S) DEMANDEE(S) :

Renseignements cliniques

Stade de la maladie Hépatique : Hépatite Chronique asymptomatique Hépatite Chronique active

Cirrhose CHC Fibrose

Génotype VHC: PBH : Non Oui Stade :

Charges virales antérieures : Non Oui si possible valeur du dernier résultat | _____ |

Traitement VHC : Non Oui

Traitement VHB : Non Oui

Durée du traitement :

Durée du traitement :

Molécules antivirales :

Molécules antivirales :

Echec thérapeutique : Non Oui

Echec thérapeutique : Non Oui

Antécédents Personnels :

Antécédents Familiaux d'hépatite: Non Oui

Facteurs de risque

Autres facteurs de risque

Hémodialyse		Soins dentaires réguliers	
Transfusion sanguine		Soins dentaires occasionnels	
Piercing		ATCD chirurgicaux	
Tatouage		Toxicomanie IV	
Professionnel de santé		ATCD IST	

Alcool	
Diabète	
Obésité	
Tabac	

Marqueurs virologiques déjà réalisés	Positif	Négatif
AgHBs		
Ac anti-HBs		
Ac anti-HBc		
AgHBe		
Ac anti-HBe		
Charge virale VHB		
Ac anti-VHD		
Ac anti-VHC		
Charge virale VHC		
Ac anti-VIH		

Bilan Biologique	
ALAT	
ASAT	
Gamma GT	
Phosphatase alcaline	
Albumine	
Bilirubine totale	
Alpha foeto-protéine	
Créatinine	
Plaquettes	
Taux de prothrombine	
Fibrinogène	

Date :

Si des analyses similaires ont déjà été effectués 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.