

Une contamination professionnelle par le VHB chez un personnel de santé est définie par une séroconversion documentée (apparition de l'Ag HBs ou des Ac anti-HBc, ou présence d'IgM anti-HBc) dans les six mois après une exposition accidentelle survenue sur le lieu de travail.

Date de la déclaration :

1. PERSONNEL DE SANTÉ

Date de naissance :

Sexe : M F

Fonction :

Lieu de travail (*spécialité du service*) :

Vaccination contre l'hépatite B :

- Complète } - Préciser le nombre de doses : et l'année de la dernière dose :
- En cours } - Préciser si un contrôle des Ac anti-HBs a déjà été réalisé : Oui Non Inconnu
- Si oui, dispose-t-on d'un taux d'Ac anti-HBs au moins une fois >10 UI/l : Oui Non Inconnu
- Non faite
- Inconnu

2. AES

Date de l'accident :

Circonstances de l'accident :

- Tâche en cours (*ex. : injection sous-cutanée*) :
 - Mécanisme (*ex. : en recapuchonnant*) :
 - Nature de l'exposition :
 - Piqûre*, préciser le type de l'aiguille :
 - Coupure*, préciser le matériel en cause :
 - Projection, préciser la localisation : Yeux Visage Peau lésée
 - Autre, préciser :
 - *En cas de piqûre ou de coupure :
 - Préciser la profondeur de la blessure : Superficielle Modérée Profonde
 - (ex. : égratignure)* *(ex. : douleur, hématome)*
 - Préciser s'il y a eu saignement spontané au niveau de la blessure : Oui Non Inconnu
 - Nature du liquide biologique en cause :
 - Mesures protectrices (*ex. : gants, lunettes, vêtements, etc.*) : Oui Non Inconnu
- Si oui, préciser :

Premières mesures prises après l'accident :

- Soins locaux immédiats (*lavage, antiseptie*) : Oui Non Inconnu
 - Injection d'immunoglobulines spécifiques : Oui Non Inconnu
 - Injection vaccinale : Oui Non Inconnu
 - Réalisation d'une sérologie VHB de référence (J0) : Oui Non Inconnu
- Si oui, date : et résultats : Ag HBs : Positif Négatif
- Ac anti-HBc : Positif Négatif
- Ac anti-HBs : Positif Négatif

Avant de recueillir les informations figurant sur ce questionnaire, vous devez informer le personnel de santé concerné, grâce notamment à la notice individuelle d'information et obtenir son accord. Les informations recueillies sont strictement confidentielles et restent sous la responsabilité du médecin épidémiologiste chargé de la surveillance des contaminations professionnelles VIH, VHC et VHB à l'Institut de veille sanitaire (InVS). Ces informations pourront être partagées avec le Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (Geres) et permettront d'aider à l'identification des pratiques à risque en milieu professionnel et d'adapter la prévention et la prise en charge des expositions accidentelles. L'information de ce recueil d'informations a reçu un avis favorable de la Cnil en date du 9 février 2000. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, le personnel de santé bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent. Ce droit d'accès peut être exercé par votre intermédiaire auprès de l'InVS.

3. PATIENT SOURCE

Ag HBs : Connu positif au moment de l'AES Découvert positif au décours de l'AES Inconnu

En cas d'Ag HBs+ chez le patient source, préciser les informations disponibles au moment de l'AES :

- Stade de l'infection : Hépatite B aiguë Hépatite B chronique Inconnu
- Patient suivi pour son hépatite B : Oui Non Inconnu
- Bilan biologique :
 - Mesure des ALAT (xN) : Date : | | | | | | | |
 - ADN VHB : UI/ml Date : | | | | | | | |
 - Ag HBe : Positif Négatif Inconnu
- Traitement par antiviraux (en cours ou antérieur) : Oui Non Inconnu
Si oui, molécules reçues :
- Co-infection : - par le VIH : Ac anti-VIH : Positif Négatif Inconnu
- par le VHC : ARN VHC : Positif Négatif Inconnu
- par le VHD : Ac anti-delta : Positif Négatif Inconnu

Interlocuteurs éventuels pour obtenir les informations ci-dessus (*coordonnées des médecins prenant en charge le patient source*) :

4. SUIVI CLINIQUE ET SÉROLOGIQUE DU PERSONNEL DE SANTÉ APRÈS L'AES

Symptômes d'hépatite aiguë : Oui Non

Si oui : - préciser la date de leur apparition : | | | | | | | |

- préciser les symptômes :

Dates et résultats des transaminases, sérologies VHB et ADN VHB successifs :

Date	ALAT (xN)	Ag HBs	Ac anti-HBc totaux	IgM anti-HBc	Ag HBe/ Ac HBe	IgM anti-HBs	ADN VHB (UI/ml)

5. COMMENTAIRES

.....
.....

6. COORDONNÉES DU MÉDECIN DÉCLARANT

Nom : Prénom :

Hôpital et ville :

Service : Tel : | | | | | | | | E-mail :

Questionnaire à adresser sous pli confidentiel à :
Institut de veille sanitaire - Dr Florence Lot
12 rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex France
Tél. : 33 (0)1 41 79 67 46 - Fax : 33 (0)1 41 79 67 66 - www.invs.sante.fr