

# Contamination professionnelle VHB

Dans le cadre de la surveillance, est à déclarer chez un personnel de santé : 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 : .....

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 :

Lieu de travail au moment de l'accident (spécialité du service) : .....

Circonstances de l'accident :

- Nature de l'exposition :
    - Piqûre\*, préciser le type de l'aiguille (IV, IM, suture...) : .....
    - Coupure\*, préciser le matériel en cause (lame, bistouri...) : .....
    - Projection, préciser la localisation :  Yeux  Bouche  Visage  Peau lésée
    - Autre, préciser : .....
- \*En cas de piqûre ou de coupure, préciser la profondeur de la blessure :  Superficielle (ex. : égratignure)  Profonde (ex. : douleur, saignement)

- Nature du liquide biologique en cause : .....
  - Tâche en cours (ex. : injection sous-cutanée) : .....
  - Mécanisme (ex. : en recapuchonnant) : .....
  - Décrire en clair les circonstances : .....
  - Mesures protectrices (ex. : gants, lunettes, vêtements...) :  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
- Si oui, dans quel délai après l'AES (en heures) : .....
- Injection vaccinale :  Oui  Non  Inconnu
  - Réalisation d'une sérologie VHB négative de référence (J0) :  Oui  Non  Inconnu
- Si oui, date :

GERES

GRUPE D'ETUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES SOIGNANTS AUX AGENTS INFECTIEUX

### 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

• Bilan biologique :

- 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 :  Positifs  Négatifs  Inconnus

- par le VHC : ARN VHC :  Positif  Négatif  Inconnu

- par le VHD : Ac anti-delta :  Positifs  Négatifs  Inconnus

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 | IgM anti-HBs | ADN VHB (UI/ml) |
|------|-----------|--------|--------------------|--------------|--------------|-----------------|
|      |           |        |                    |              |              |                 |
|      |           |        |                    |              |              |                 |
|      |           |        |                    |              |              |                 |
|      |           |        |                    |              |              |                 |

### 5. COMMENTAIRES

.....  
.....  
.....

### 6. COORDONNÉES DU MÉDECIN DÉCLARANT

Nom : ..... Prénom : .....

Hôpital et ville : .....

Service : ..... Tél : | | | | | | | | | | E-mail : .....

**Questionnaire à adresser sous pli confidentiel au :**  
GERES – Dr Dominique Abiteboul  
Faculté de médecine Bichat  
16, rue Henri Huchard – 75018 Paris  
Tél. : 01 57 27 78 70 – E-mail : geres@geres.org