

# Questionnaire d'investigation des cas d'hépatite aiguë d'étiologie inconnue chez les enfants de moins de 18 ans

(20/05/2022)

La **définition de cas possible** et la **conduite à tenir** face à une suspicion d'hépatite aiguë d'étiologie inconnue sont disponibles sur le site internet de Santé publique France.

**Questionnaire à envoyer en cliquant sur le lien suivant :**

<https://bluefiles.orange-business.com/spf/signal-hepatite>

Date de signalement : ...../...../.....

## Déclarant

Nom et prénom : .....

Etablissement : ..... Service : .....

Email : .....@..... Téléphone : .....

## Caractéristiques démographiques du patient

Initiale du nom : .... Prénom : .....

Sexe : Masculin  Féminin

Date de naissance : ...../...../..... .. Département de domicile : .....

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

## Présentation clinique et complications

Date de début des symptômes : ...../...../.....

Symptômes	Présence
Ictère	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nausées / vomissements	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Douleurs abdominales / spasmes, crampes abdominales	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Anorexie / perte d'appétit	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diarrhée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sang dans les selles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Selles décolorées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Urines foncées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hépatomégalie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Fièvre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Symptômes	Présence
Symptômes respiratoires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pharyngite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Eruption cutanée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Céphalées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Irritabilité / confusion	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Malaise/ Asthénie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Conjonctivite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Complications	Présence	Date de survenue
Insuffisance rénale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	...../...../.....
Hémorragie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	...../...../.....
Encéphalopathie hépatique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	...../...../.....
Coma	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	...../...../.....
Transplantation hépatique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	...../...../.....
Décès	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	...../...../.....

### Parcours de soins

Date d'hospitalisation : ...../...../.....

Admission en réanimation et/ou soins intensifs et/ou soins continus Oui  Non  Date : ...../...../.....

Admission en unité de transplantation Oui  Non  Date : ...../...../.....

### Statut actuel du cas

Vivant guéri  En cours de traitement médical  En attente de transplantation

Décédé  Inconnu

### Antécédents médicaux

Antécédent Oui  Non  NSP  Si oui, cocher le ou les antécédents :

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pathologie hépatique      | <input type="checkbox"/> Asplénie                    | <input type="checkbox"/> Pathologie gastro-intestinale | <input type="checkbox"/> Diabète           |
| <input type="checkbox"/> Maladie métabolique       | <input type="checkbox"/> Obésité                     | <input type="checkbox"/> Pathologie endocrinienne      | <input type="checkbox"/> Maladie génétique |
| <input type="checkbox"/> HTA                       | <input type="checkbox"/> Autre pathologie cardiaque  | <input type="checkbox"/> Immunosuppression             | <input type="checkbox"/> Cancer            |
| <input type="checkbox"/> Asthme                    | <input type="checkbox"/> Autre pathologie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Tuberculose                   | <input type="checkbox"/> Grossesse         |
| <input type="checkbox"/> Pathologie rénale         | <input type="checkbox"/> Pathologie neuro-musculaire | <input type="checkbox"/> Immunodépression / VIH        |  |
| <input type="checkbox"/> Pathologie rhumatologique |  | <input type="checkbox"/> Autre, préciser : .....       |  |

## SARS-CoV-2

Infection confirmée par le SARS-CoV-2 dans les 2 mois précédents : Oui  Non  NSP

Vaccination contre le SARS-CoV-2 : Oui  Non  NSP

## Résultats biologiques / Toxicologie / Investigations (au cours de l'hospitalisation)

Marqueurs biologiques	Résultat	Non testé	En attente
ALAT (pic) (UI/L)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASAT (pic) (UI/L)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phosphatases alcalines (pic) (UI/L)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilirubine (pic) ( $\mu\text{mol/L}$ )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TP (minimum) (%)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GGT (pic) (UI/L)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Créatinine (pic) ( $\mu\text{mol/L}$ )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facteur V (minimum) (%)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INR (pic)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPK (pic) (UI/L)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Microbiologie							
Test	Positif	Quantification, si faite	Négatif	Résultat indéterminé	Résultat en attente	Non testé	NSP
PCR CMV dans le sang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR EBV dans le sang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR Enterovirus dans le sang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR Enterovirus sur prélèvement respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR HSV – 1 dans le sang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR HSV – 2 dans le sang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leptospirose (spécifier si PCR sang/urine ou IgM)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VHA: IgM ou PCR	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VHA: IgG	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VHE: IgM ou PCR	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VHE: IgG	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VHB (AgHBs)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgM anti-HBc si AgHBs+	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Microbiologie							
Test	Positif	Quantification, si faite	Négatif	Résultat indéterminé	Résultat en attente	Non testé	NSP
VHC (Ac)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR HHV-6 dans le sang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR HHV-7 dans le sang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR HHV-8 dans le sang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenovirus – échantillon de selles	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenovirus – échantillon respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenovirus – échantillon de sang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenovirus – autre échantillon Préciser : .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sérologie SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR VRS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR Grippe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR Varicelle dans le sang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parvovirus B19 IgM ou IgG ou PCR, (spécifier) :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sérologie VIH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antigénurie Legionella ou PCR dans le sang	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycoplasma IgM ou PCR dans crachats	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titre Antistreptolysine	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen bactériologique des crachats (incluant streptocoque)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen bactériologique des selles (incluant Salmonelles)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR selles : sapovirus norovirus enterovirus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (spécifier):	<input type="checkbox"/>	Préciser (texte libre) :					<input type="checkbox"/>

Toxicologie	Positif	Dosage	Négatif	Indéterminé	En attente	Non testé	NSP
Dépistage métaux lourds : Plombémie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépistage métaux lourds : Arsenic	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépistage métaux lourds : Mercure	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paracétamolémie (pic)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dosage Salicylate	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxicologie urinaire, détailler si résultats positifs :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examens complémentaires		
	Réalisés	Si oui, merci de résumer les résultats :
Radiographie thoracique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Echographie abdominale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
TDM abdominale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Biopsie hépatique (résumé des résultats histopathologiques, incluant s'il existe des anomalies des canaux biliaires ou diffuses)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tests immunohistochimiques réalisés (adénovirus/CMV/EBV etc)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

### Antécédents et traitements ou soins antérieurs

Merci de résumer les maladies antérieures ayant nécessité un traitement ou des soins particuliers dans les 2 mois précédant les symptômes				
Type de maladie (e.g. gastro, COVID-19, traumatisme)	Hospitalisation (Oui/Non)	Date de début / durée des symptômes	Présentation clinique initiale	Traitements pris (prescrits ou non)
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
L'enfant a-t-il pris des compléments alimentaires ou autres traitements sans prescription médicale, achetés en pharmacie, en ligne ou par d'autres biais ? (Incluant traitements à base de plantes, médecines alternatives, vitamines ou autres compléments)				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Si oui, merci de détailler ci-dessous :				
Traitement/médicament		Description (produit, dose et fréquence d'administration, lieu d'achat)	Date	
Paracétamol	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		...../...../.....	
Ibuprofène	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		...../...../.....	
Acide salicylique (Aspirine)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		...../...../.....	
Traitement à base de plantes (préciser)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		...../...../.....	
Corticoïdes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		...../...../.....	
Antibiotiques (préciser)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		...../...../.....	

Anti-épileptiques (préciser)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		...../...../.....
Toute autre prescription médicamenteuse (préciser)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		...../...../.....
L'enfant a-t-il consulté des services de soins dans les deux mois précédant les symptômes non décrits ci-dessus (opérations, injections, soins dentaires, autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Si oui, merci de détailler ci-dessous :		
Type	Date	Motif de la 1ère visite	Coordonnées
	...../...../.....		
	...../...../.....		
	...../...../.....		
	...../...../.....		
L'enfant a-t-il eu un ou des traumatismes résultant en des plaies profondes ou égratignures dans les 2 mois précédant les symptômes ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>		
Si oui, merci de détailler les localisations des plaies sur le corps et la cause de la blessure, ainsi que la date du traumatisme.			
Piercing(s) récent(s) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>		
Si oui, lieu et date de la procédure	...../...../.....		
Tatouage(s) récent(s) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>		
Si oui, lieu et date de la procédure	...../...../.....		

Expositions récentes			
Voyage au cours dans les 3 mois précédant les symptômes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser le(s) pays :	Date de retour : ...../...../.....
Notion de contact avec un membre de l'entourage dans les 3 mois ayant présenté :			Date de dernier contact :
Infection par le SARS-CoV-2	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>		...../...../.....
Infection à Adénovirus	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>		...../...../.....
Hépatite aiguë et/ou ictère	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>		...../...../.....

**Questionnaire à envoyer en cliquant sur le lien suivant :**  
<https://bluefiles.orange-business.com/spf/signal-hepatite>