A FAXER au 03 20 44 48 95

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES HANTAVIRUS

Merci de compléter la fiche avec soin pour le choix des examens, l'interprétation des résultats, et la surveillance

HÔPITAL : ..... Téléphone : .....
Service : ..... Fax confidentialisé : .....
Médecin : .....

INFORMATION PREALABLE DU PATIENT

En vertu du Code de la Santé Publique et de la loi « Informatique et Liberté », chaque patient doit être informé de l'utilisation possible, par le CNR des Hantavirus, à des fins de recherche, et dans le respect de la confidentialité, de son ou ses échantillon(s) biologique(s) ainsi que des données qui y sont associées. En effet, le CNR conduit certains travaux de recherche en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les hantavirus et les pathologies qui en résultent. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche. Chaque patient peut, s'il le souhaite, refuser l'utilisation de ses prélèvements et/ou données personnelles à des fins de recherches.

Suite à cette information, le patient (ou pour les mineurs, le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale/pour les majeurs sous tutelle, le tuteur), s'oppose ☐ ne s'oppose pas ☐ à l'utilisation secondaire de son(ses) prélèvement(s) et données associées, à des fins de recherche et dans le cadre de la pathologie pour laquelle il consulte.

Patient(e) / représentant(s) légal(aux) non informé(s) ☐ Motif: .....

IDENTIFICATION DU PATIENT **Deux premières lettres du nom** : |__|__| **Prénom :** .....
Date de naissance : ___/___/___ Sexe M ☐ F ☐

Code postal Résidence : |__|__|__|__|__| Commune de résidence : .....

DATE prélèvement : ___/___/___ Votre Référence prélèvement :

SIGNES CLINIQUES **DATE début symptômes :** ___/___/___

Fièvre (ou histoire de fièvre) :	oui ☐	non ☐	Hospitalisation :	oui ☐	non ☐
avec					
syndrome algique	oui ☐	non ☐	troubles digestifs (nausées, diarrhée, etc.)	oui ☐	non ☐
troubles oculaires (accommodation, etc.)	oui ☐	non ☐	signes rénaux (oligurie, anurie, etc.)	oui ☐	non ☐
troubles respiratoires (toux, dyspnée, etc.)	oui ☐	non ☐	troubles neurologiques centraux	oui ☐	non ☐
signes hémorragiques	oui ☐	non ☐	signes cardiaques	oui ☐	non ☐
préciser la nature des hémorragies :			tableau sévère (choc, anurie, hémorragie)	oui ☐	non ☐
signes cutanés	oui ☐	non ☐	immunodépression (adulte CD4 $\leq 200/mm^3$)	oui ☐	non ☐
Autre contexte (*préciser*) :			dialyse (traitement)	oui ☐	non ☐

BIOLOGIE

Thrombopénie	oui ☐	non ☐	Hématurie micro	oui ☐	non ☐
Elévation ALAT-ASAT	oui ☐	non ☐	Elévation de la créatininémie	oui ☐	non ☐
Leucocytose	oui ☐	non ☐	Protéinurie	oui ☐	non ☐

EXPOSITION **dans les 6 semaines avant précédé le début des signes** :

Exercice professionnel :
Agricole oui ☐ non ☐
Forestier oui ☐ non ☐
Bâtiment oui ☐ non ☐
sinon profession (préciser) : .....

Habitat : urbain ☐ rural ☐ Maison à - de 50 m de forêt oui ☐ non ☐

Voyages : FRANCE oui ☐ non ☐
Si oui : Région : .....
Dates Séjour : ___/___/___ au ___/___/___
ETRANGER oui ☐ non ☐
Si oui : Pays/Province-Etat, etc. : .....
Dates Séjour : ___/___/___ au ___/___/___

« Activités » extraprofessionnelles »: Bois (Manipulation, rangement bois de chauffage, etc.) oui ☐ non ☐
Terre (Jardinage, terrassement, etc.) oui ☐ non ☐
Ouverture/Nettoyage local inhabité (remise, grange, etc.) oui ☐ non ☐

Loisir en forêt oui ☐ non ☐ Chasse oui ☐ non ☐ Contact eau douce oui ☐ non ☐
Manipulations de rats, souris, campagnols, taupes, musaraignes, chauves-souris morts/vivants : oui ☐ non ☐
Morsure par un de ces animaux oui ☐ non ☐ Piqûre par trombiculidés (aoûtats) oui ☐ non ☐
Préciser la (les) communes où ont été pratiquées ces « expositions » :

Code(s) postal (aux) : |__|__|__|__|__| Commune(s) .....

FICHE COMPLETEE PAR : NOM : ..... **DATE :** ___/___/__ **SIGNATURE :**

Merci de retourner dans l'ordre de préférence par fax, email ou courrier à :

CNR des HANTAVIRUS
21 avenue Tony Garnier – 69365 LYON CEDEX 07
Institut Pasteur
Tél : 04.37.28.24.40 – Fax : 04.37.28.24.51 – cnr-hantavirus@pasteur.fr
https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/hantavirus

RESERVE AU CNR

N° CNR |__|__|__|__|.|__|__|__|__|__| **Date d'envoi :** ___/___/___
Confirmation : **Oui** ☐ **Non** ☐ **Origine :** ..... **Discordance : Ig M… IgG… TDR…**
Conclusion **NCNR :** ..... **Nature Prél. :** ..... **FINALE :** .....