

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 : Email :

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 ≤ 200/mm³) 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 DEUX MOIS ayant précédé le début des signes :

Exercice professionnel : **Habitat :** urbain rural Maison à - de 50 m de forêt oui non

Agricole oui non **Voyages :** FRANCE oui non

Forestier oui non Si oui : Région :

Bâtiment oui non Dates Séjour : ___/___/___ au ___/___/___

sinon préciser la profession : **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

Institut Pasteur, 28 rue du Docteur Roux – 75724 Paris Cedex 15

Tél : 01.40.61.38.08 – Fax : 01.40.61.38.07 – cnr-hantavirus@pasteur.fr<https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/hantavirus>**RESERVE AU CNR**

N° CNR |_|_|_|_|_|. |_|_|_|_|_|

Confirmation : Oui Non

Conclusion NCNR :

Origine :

Nature Prél. :

Date d'envoi : ___/___/___

Discordance : Ig M... IgG... TDR...

FINALE :

