FICHE DE RENSEIGNEMENT
CNR FIEVRES HEMORRAGIQUES VIRALES

HÔPITAL

Service:

Fiche remplie par:

Médecin:

Tél:

Fax (*confidentialisé*):

PATIENT

Nom: **Prénom:**

Date de naissance: M ◯ F ◯

Activité professionnelle:

Domicile (commune, dpt):

Code postal:

Date de début des symptômes: **Date hospitalisation:**

SIGNES CLINIQUES

Fièvre ☐ Céphalées ☐ Myalgies ☐ Arthralgies ☐ Douleurs abdominales ☐

Nausées ☐ Vomissements ☐ Diarrhée ☐ Atteinte pulmonaire ☐ Eruption ☐

Méningite ☐ Encéphalite ☐ Autres signes *(préciser):*

Conjonctivite ☐ Signes hémorragiques *(préciser):*

VOYAGES AU COURS DU MOIS PRECEDENT

- En FRANCE *(préciser):* Région(s): Date retour:
- Hors de métropole *(préciser):* Pays: Date retour:

VACCINATIONS

Fièvre jaune ☐ *année:* Hépatite A ☐ *année:* Hépatite B ☐ *année:*

Encéphalite à tiques ☐ *année:* Encéphalite japonaise ☐ *année:*

BIOLOGIE

Paludisme: *goutte épaisse:* nég ☐ pos ☐ Lymphopénie ☐ *(préciser):*

détection d'antigènes: nég ☐ pos ☐ Thrombocytopénie ☐ *(préciser):*

Leptospirose: nég ☐ pos ☐ ASAT / ALAT élevées ☐ *(préciser):*

Rickettsiose: nég ☐ pos ☐ LCR:

Autre(s): *(préciser)*

PRELEVEMENTS

Date: Mode de conservation:

Sang ☐ Plasma ☐ Sérum ☐ LCR ☐ Urines ☐ Biopsie ☐ *(préciser):*

REMARQUES

VIROSES SUSPECTEES

Questionnaire à retourner à :

CNR des FHV
21 av. Tony Garnier,
69365 LYON cedex 7

Tél: (33) 4 37 28 24 40/3
Fax: (33) 4 37 28 24 41
Email: cnr-fhv@pasteur .fr

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, 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 Fièvres Hémorragiques Virales conduit certains travaux de recherche en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les virus de fièvres hémorragiques 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:

Droit d'accès et de rectification auprès du CNR des FHV (loi du 06/01/1978)