

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(s) 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) oui non
 troubles respiratoires (toux, dyspnée, etc.) oui non troubles neurologiques centraux oui non
 signes hémorragiques oui non tableau sévère (choc, anurie, hémorragie) oui non

préciser :

Autre contexte (préciser) :

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 le mois avant précédé le début des signes :

Exercice professionnel : **Habitat :** urbain rural Maison isolée oui non
 Agricole oui non **Voyages :** FRANCE oui non
 Forestier oui non Si oui : Région :
 Bâtiment oui non Dates Séjour :
 Autre (préciser) : **ETRANGER** oui non
 Si oui : Pays/Province-Etat, etc. :
 Dates Séjour :

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 **Pêche** oui non **Chasse** oui non
Manipulations de rongeurs morts oui non **Morsure par rongeur** oui non

Préciser la (les) communes où ont été pratiquées ces activités :

Code(s) postal (aux) : |_|_|_|_|_| Commune(s)

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

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



Institut Pasteur

CNR des HANTAVIRUS
 21 avenue Tony Garnier – 69365 LYON CEDEX 07
 Tél : 04.37.28.24.40 – Fax : 04.37.28.24.51 – cnr-hantavirus@pasteur.fr

RESERVE AU CNR

N° CNR |_|_|_|_|_| Date d'envoi : ___/___/___ Cas suspect : Oui Non
 Confirmation : Oui Non Origine : Discordance : Ig M..... IgG.....
 Conclusion NCNR : Nature Prél. : FINALE :