Institut Pasteur

**Centre national de référence de la Rage (CNRR) – Institut Pasteur**

Site Internet : http://www.pasteur.fr/fr/sante/centres-nationaux-reference/les-cnr/rage

# DEMANDE DE TITRAGE DES ANTICORPS ANTIRABIQUES PAR SERONEUTRALISATION - RFFIT

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS – A joindre à l'échantillon

### PRESCRIPTEUR

Nom :
Service :
Hôpital :
Tél :
Fax :
Courriel :
Date de la demande : ……/……./…….

### PATIENT

**Nom :**
**Nom de naissance :**
**Prénom :**
Date de naissance : ……/……./…….
Sexe : M ☐ F ☐
Numéro d'identification :

---

## INFORMATION PREALABLE DU PATIENT

En vertu de l'article L 1211-2 du Code de la Santé Publique et de la Loi Informatique et Libertés, chaque patient doit être informé de l'utilisation possible à des fins de recherches des échantillons biologiques collectés et des données associées (dans le respect de la confidentialité) par le CNR de la rage (CNRR) et par l'unité de recherche qui l'héberge. Ces recherches portent sur le développement des techniques d'identification et de caractérisation des agents infectieux, et sur l'amélioration de la compréhension des mécanismes physiopathologiques qui leur sont associés. 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 de ses 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 ou son(ses) représentant(s) légal(aux) (lorsque l'état clinique du patient le justifie ou en cas de décès du patient)) :

☐ **s'oppose (nt)** ☐ **ne s'oppose (nt) pas**

A l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées dans le cadre de la recherche sur **le développement des techniques d'identification et de caractérisation des agents infectieux, et sur l'amélioration de la compréhension des mécanismes physiopathologiques qui leur sont associés.**

Nom et signature du médecin ayant recueilli l'avis du patient :
Date :

---

## PRELEVEMENT(S)

Date(s) de prélèvement : ……/……./…….
……/……./…….
Heure(s) de prélèvement : ……H……
……H……

| Modalités de prélèvement et transport |
|---|
| Sérum sur tube sec |
| Volume minimum 500 $\mu L$ |
| Acheminement : congelé ou réfrigéré |

---

## INDICATION DE L'EXAMEN

### PRE-EXPOSITION

Professionnel soumis à un risque rabique continu ou fréquent (laboratoire) ☐
Professionnel non soumis à un risque rabique continu ou fréquent (vétérinaires…) ☐
Chiroptérologue ☐
Autre : …….. ☐

### POST-EXPOSITION

Immunodépression ☐
Ecart au protocole (dates, voie, vaccin non validé par l'OMS…) ☐
Exposition à une chauve-souris ☐
Autre : …….. ☐

**A ADRESSER AU CNR de la RAGE – INSTITUT PASTEUR**
**28, rue du Dr. ROUX – 75724 Paris Cedex 15**
**Tel : 01.45.68.87.50 ; Fax : 01.40.61.30.20 ; Email : cnrrage@pasteur.fr**