

**Fiche clinique saison 2023-2024**  
**Surveillance virologique des virus des infections respiratoires**

Patient : Nom ..... Prénom .....

n° d'origine du prélèvement : .....

<b>Hôpital / Laboratoire expéditeur</b> Médecin Service Adresse Tél
---

<b>Etiquette du laboratoire</b> (à compléter par le CNR)
--

<b>Date d'arrivée au laboratoire</b>
--------------------------------------

Né(e) le : ...../...../.....  
Date de début de maladie .....  
Nature du prélèvement  Nasopharyngé/nasal  Liquide broncho-alvéolaire  
 Expectoration/crachat  Autre, précisez.....  
Vaccination antigrippale 2023-24  Oui  Non Si oui, date et nom : .....  
Vaccination COVID-19  Oui  Non Nombre de doses  1  2  3  4 Date dernière injection : .... /.... /20..  
Nirsevimab-Beyfortus 2023-24  Oui  Non Si oui, date : .... /.... /20..

**Contexte**

Voyage récent à l'étranger (<15 jours) Pays ..... Région ..... Ville ..... Date du retour ...../...../20..  
 Réinfection  Vacciné(e)  Cas contact  Autre (cas groupés, transmission nosocomiale, ...)

**Clinique**

Signes respiratoires  Syndrome grippal non compliqué  Syndrome de détresse respiratoire aiguë  
 Grippe sévère  Asymptomatique  Signes digestifs  Insuffisance rénale  
 Autres signes, précisez .....

**Prescription d'un antiviral :**

Oui  Non si oui lequel : ..... Date de début du traitement : .....

**Facteurs de risque, antécédents justifiant une vaccination antigrippale**  Oui  Non

Grossesse en cours  IMC ≥ 40  Diabète  Maladie cardio-vasculaire  Maladie respiratoire  
 Immunodépression  Autre maladie chronique, préciser : .....

**ANALYSES DEMANDÉES : SARS-CoV-2**

Détection par qRT-PCR  
 Séquençage : cas grave, réinfection, cluster, échec de traitements Ac monoclonaux, retour de voyage, autre (**merci d'entourer l'indication**) : .....  
 Sérologie

**ANALYSES DEMANDÉES : autres virus respiratoires**

Confirmation diagnostic **grippe** par qRT-PCR (*merci de préciser les résultats déjà obtenus*)  
Grippe :  POS A  POS B  NEG **Technique utilisée** : .....  
Sous-typage : (H3N2)  POS  NEG  NR\* / (H1N1)pdm09  POS  NEG  NR\* \* NR=non réalisé  
 Confirmation diagnostic **VRS** par qRT-PCR (*merci de préciser les résultats déjà obtenus*)  
VRS :  POS A  POS B  NEG **Technique utilisée** : .....  
Autres virus respiratoires (préciser les résultats) : .....  
 Recherche de **résistance aux antiviraux** (*Envoyer des prélèvements séquentiels, avant et après la mise sous traitement*)  
.....  
 Recherche de **MERS-CoV, virus grippaux aviaires H7, H5** (*si suspicion validée par SpF/ARS/CIRE*)  
.....

**Commentaires :**

**Information remise/donnée au patient (ou pour les mineurs, au titulaire de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle, au tuteur) :**  oui  non

**Information préalable du patient :** En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi « Informatique et liberté », et dans le respect de la confidentialité, nous vous informons de la possible utilisation de vos échantillons biologiques et des données associées, à des fins de recherche par le CNR virus des infections respiratoires (dont la grippe et le SARS-CoV-2), Santé publique France ou le réseau Sentinelles. En effet, ces instituts conduisent des travaux de recherche en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les virus grippaux et les pathologies qui en résultent. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche. Vous pouvez, si vous le souhaitez, refuser l'utilisation à des fins de recherche de vos prélèvements et/ou données personnelles en vous adressant au CNR Virus des infections respiratoires (dont la grippe et le SARS-CoV-2) « CNR VIR » : 28 rue du Dr Roux 75724 Paris Cedex 15 ou [grippe@pasteur.fr](mailto:grippe@pasteur.fr)