

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES HANTAVIRUS

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 différentiel, 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:

HÔPITAL	PATIENT
Nom :	Deux premières lettres du Nom : __ __
Service :	Prénom :
Médecin prescripteur :	Date de naissance : __/__/__
Téléphone :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fax confidentialisé :	Code postal résidence : _ _ _ _ _
Email :	Commune de résidence :
DATE début des symptômes : __/__/__ DATE prélèvement : __/__/__ DATE hospitalisation : __/__/__	
Type de prélèvement : <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Autre :	

SIGNES CLINIQUES

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Fièvre (ou histoire de fièvre) | <input type="checkbox"/> | Troubles digestifs | <input type="checkbox"/> |
| Syndrome algique | <input type="checkbox"/> | Signes rénaux (oligurie, anurie,...) | <input type="checkbox"/> |
| Troubles oculaires | <input type="checkbox"/> | Troubles neurologiques centraux | <input type="checkbox"/> |
| Troubles respiratoires (toux, dyspnée,...) | <input type="checkbox"/> | Tableau sévère (choc, anurie, hémorragie) | <input type="checkbox"/> |
| Signes hémorragiques | <input type="checkbox"/> | Signes cardiaques | <input type="checkbox"/> |
| Signes cutanés | <input type="checkbox"/> | Immunodépression | <input type="checkbox"/> |
| Dialyse (traitement) | <input type="checkbox"/> | Autre contexte (préciser) : _____ | <input type="checkbox"/> |

BIOLOGIE

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Thrombopénie | <input type="checkbox"/> |
| Elévation ALAT-ASAT | <input type="checkbox"/> |
| Leucocytose | <input type="checkbox"/> |
| Hématurie micro | <input type="checkbox"/> |
| Elévation de la créatininémie | <input type="checkbox"/> |
| Protéinurie | <input type="checkbox"/> |

EXPOSITION AU COURS DES DEUX MOIS PRÉCÉDENT LE DÉBUT DE LA MALADIE

Exercice professionnel :	Agricole <input type="checkbox"/>	Forestier <input type="checkbox"/>	Bâtiment <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Habitat :	Urbain <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>	Maison à -50 m de forêt <input type="checkbox"/>	
Voyages :	FRANCE <input type="checkbox"/>	Région :	Dates du séjour : __/__/__ au __/__/__	
	ETRANGER <input type="checkbox"/>	Région :	Dates du séjour : __/__/__ au __/__/__	
Activités extraprofessionnelles	Manipulation Bois <input type="checkbox"/>	Manipulation Terre <input type="checkbox"/>	Loisir en forêt <input type="checkbox"/>	
	Ouverture/Nettoyage local inhabité <input type="checkbox"/>	Contact eau douce <input type="checkbox"/>	Chasse <input type="checkbox"/>	
	Manipulations de rats, souris, campagnols, taupes, musaraignes, chauves-souris morts/vivants : <input type="checkbox"/>	Morsure par un de ces animaux <input type="checkbox"/>	Piqûre par trombiculidés (aoûtats) <input type="checkbox"/>	
Communes où ont été pratiquées ces expositions :	_ _ _ _	_ _ _ _

FICHE COMPLETEE PAR : NOM :

DATE : __/__/__ SIGNATURE :

Fiche à retourner de préférence par email 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

Ligne réservée au CNR → N°CNR |_|_|_|_|. |_|_|_|_|_| Date d'envoi : __/__/__ CS