

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES HANTAVIRUS

- FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS -

Merci de compléter la fiche avec soin pour le choix des examens, l'interprétation des résultats, et la surveillance

HOPITAL	IDENTIFICATION DU PATIENT
Service	Deux premières lettres du nom : _ _
Médecin.....	Prénom :
Tél. _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fax confidentialisé : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _
	Code postal de résidence : _ _ _ _ _
	Commune de résidence :

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 (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** :

PRELEVEMENT

Date du prélèvement : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Votre référence prélèvement :

SIGNES CLINIQUES

Date début des symptômes : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

- Fièvre (ou histoire de fièvre) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Avec . syndrome algique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> . troubles oculaires (accommodation,...) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> . troubles respiratoires (toux, dyspnée,...) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> . signes hémorragiques : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <i>préciser</i> :	- Hospitalisation : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> . Troubles digestifs (nausées, diarrhée,...) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> . Signes rénaux (oligurie) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> . Troubles neurologiques centraux oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> . Tableau sévère (choc, anurie, hémorragie) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
--	--

Autre contexte (*préciser*) :

Suite au verso...



EXAMENS DE BIOLOGIE

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

EXPOSITION dans le mois précédent le début des signes

Exercice professionnel : - Agricole : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Forestier : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Bâtiment : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	Habitat : - Urbain <input type="checkbox"/> - Rural <input type="checkbox"/> - Maison isolée oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Activités extraprofessionnelles : - Bois (Manipulation, rangement bois de chauffage, etc.) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Terre (Jardinage, terrassement, etc.) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Ouverture/Nettoyage local inhabité (remise, grange...) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Loisir en forêt oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Pêche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Chasse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Manipulations de rongeurs morts oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - Morsure par rongeur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser la (les) communes où ont été pratiquées ces activités : Code(s) postal (aux) : _ _ _ _ _ _ Commune(s) :	Voyages : - En France oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui : Région : Dates du séjour : du _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ - A l'étranger : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui : Pays/Province-Etat,... : Dates du séjour : du _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _

FICHE COMPLETEE PAR :

Nom : Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|_|
Signature :

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 :