

SURVEILLANCE
EPIDÉMIOLOGIQUE DES HANTAVIRUS

Document recto – verso

LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT
N° Client : C /	Date de prélèvement :
Cachet obligatoire	Code OPL : HANTV

PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
NOM	NOM
PRÉNOM	PRÉNOM
Nom de naissance.....	Adresse
Adresse	CP Ville
CP Ville	Tél.
Date de naissance :	Fax
Sexe : M ☐ F ☐	Adresse e-mail :
	Signature :

INFORMATION PRÉALABLE 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.

À la suite de 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 :

Signature :

SIGNES CLINIQUES

Date début des symptômes :

- Fièvre (ou histoire de fièvre) : ☐ Oui ☐ Non Avec - Syndrome algique : ☐ Oui ☐ Non - Troubles oculaires (accommodation,...) : ☐ Oui ☐ Non - Troubles respiratoires (toux, dyspnée,...) : ☐ Oui ☐ Non - Signes hémorragiques : ☐ Oui ☐ Non	- Hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non Avec - Troubles digestifs (nausées, diarrhée,...) : ☐ Oui ☐ Non - Signes rénaux (oligurie) : ☐ Oui ☐ Non - Troubles neurologiques centraux : ☐ Oui ☐ Non - Tableau sévère (choc, anurie, hémorragie) : ☐ Oui ☐ Non
---	--

Autre contexte (préciser) :

EXAMENS DE BIOLOGIE

- Thrombopénie : ☐ Oui ☐ Non - Elévation ALAT-ASAT : ☐ Oui ☐ Non - Leucocytose : ☐ Oui ☐ Non	- Hématurie micro : ☐ Oui ☐ Non - Elévation de la créatininémie : ☐ Oui ☐ Non - Protéinurie : ☐ Oui ☐ Non
--	---

SURVEILLANCE
EPIDÉMIOLOGIQUE DES HANTAVIRUS

Document recto – verso

EXPOSITION dans le mois précédent le début des signes

EXERCICE PROFESSIONNEL :

- Agricole : ☐ Oui ☐ Non
- Forestier : ☐ Oui ☐ Non
- Bâtiment : ☐ Oui ☐ Non
- Autre (préciser) :

HABITAT :

- Urbain : ☐ Oui ☐ Non
- Rural : ☐ Oui ☐ Non
- Maison isolée : ☐ Oui ☐ Non

ACTIVITES EXTRAPROFESSIONNELLES :

- Bois (Manipulation, rangement bois de chauffage, etc.) : ☐ Oui ☐ Non
- Terre (jardinage, terrassement, etc.) : ☐ Oui ☐ Non
- Ouverture/Nettoyage local inhabité (remise, grange....) : ☐ 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) :

VOYAGES :

- En France : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : Région

Date du séjour :

Du au

- A l'étranger : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, Pays/Province-Etat, ... :

Date du séjour :

Du au

RESERVÉ AU CNR

N°CNR :

Date d'envoi :

Cas suspect : ☐ Oui ☐ Non

Confirmation : ☐ Oui ☐ Non

Origine :

Discordance : IgM..... IgG.....

Conclusion NCNR :

Nature pré :

FINALE :