# FICHE DE RENSEIGNEMENT

# CNR FIEVRES HEMORRAGIQUES VIRALES

## HOPITAL

Service :

Fiche remplie par :

Médecin :

Tél :

Fax *(confidentialisé)* :

## PATIENT

**Nom :** **Nom de naissance :**

**Prénom** :

**Date de naissance** : M ☐ F ☐

Activité professionnelle

Domicile (commune, dpt) :

Code postal :

Date de début des symptômes : Date d'hospitalisation :

## SIGNES CLINIQUES

Fièvre : ☐ Céphalées : ☐ Myalgies : ☐ Arthralgies: ☐ Douleurs abdominales: ☐

Nausées : ☐ Vomissements: ☐ Diarrhée: ☐ Atteinte pulmonaire : ☐ Eruption : ☐

Méningite: ☐ Encéphalites: ☐ Autres signes (*préciser*) :

Conjonctivite: ☐ Signes hémorragiques (*préciser*) :

## VOYAGES AU COURS DU MOIS PRECEDENT

- En France (*préciser*) : Région(s) : Date retour :
- Hors de métropole (*préciser*) : Pays : Date retour :

## VACCINATIONS

Fièvre jaune : ☐ *année* : Hépatite A ☐ *année* : Hépatite B ☐ *année :*

Encéphalite à tiques: ☐ *année* : Encéphalite japonaise ☐ *année :*

## BIOLOGIE

Paludisme : nég ☐ *:* pos ☐

*Technique utilisée :*

Leptospirose : nég ☐ *:* pos ☐

Rickettsiose : nég ☐ *:* pos ☐

Autre (s) (*préciser*) *:*

Lymphopénie ☐ (*préciser*) *:*

Thrombocytopénie ☐ (*préciser*) *:*

ASAT / ALAT élevées ☐ (*préciser*) *:*

## PRELEVEMENTS

Date : Mode de conservation :

Sang : ☐ Plasma : ☐ Sérum : ☐ LCR: ☐ Urines: ☐ Biopsies : ☐ *(préciser)* :

## REMARQUES

## VIROSES SUSPECTES

Questionnaire à retourner à :

CNR des FHV
21 av. Tony Garnier
69365 Lyon cedex 07

Tél : (33) 4 37 28 24 40/43
Fax : (33) 4 37 28 24 41
Email : cnr-fhv@pasteur.fr

## 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, 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 Fièvres Hémorragiques Virales conduit certains travaux de recherche en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les virus de fièvres hémorragiques 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** :