INSTITUT PASTEUR

CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE DES HANTAVIRUS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES, BIOLOGIQUES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES

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(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: ……

Selon la norme ISO 15189, la fiche de renseignements est obligatoire pour une interprétation éclairée.
Aucune expertise ne sera réalisée en l'absence des informations surlignées en gris.

Seuls les échantillons dont les résultats de sérologie sont positifs sont acceptés SAUF accord préalable du CNR.
Le CNR est à même de faire un diagnostic moléculaire sur les prélèvements de cas suspects quand celui-ci se justifie.

HÔPITAL		PATIENT	
Nom :		**Nom de naissance :**	
Service :		**Premier prénom de naissance :**	
Nom/Prénom du médecin prescripteur :		**Date de naissance :**	____/____/_____
		Sexe :	M ☐ F ☐
Téléphone :		**Numéro INS :**	_____ ☐ NIR ☐ NIA
Fax confidentialisé :		**Code postal résidence :**	|__|__|__|__|__|
Email :		**Commune de résidence :**	

DATE début des symptômes : ___/___/___ **DATE prélèvement** : ___/___/___ **DATE hospitalisation** : __/___/___

Type de prélèvement : ☐ Sang total ☐ Plasma ☐ Sérum ☐ Autre :……

SIGNES CLINIQUES

Fièvre (ou histoire de fièvre)	☐	Troubles digestifs	☐	Thrombopénie	☐
Syndrome algique	☐	Signes rénaux (oligurie, anurie,…)	☐	Elévation ALAT-ASAT	☐
Troubles oculaires	☐	Troubles neurologiques centraux	☐	Leucocytose	☐
Troubles respiratoires (toux, dyspnée,…)	☐	Tableau sévère (choc, anurie, hémorragie)	☐	Hématurie micro	☐
Signes hémorragiques	☐	Signes cardiaques	☐	Elévation de la créatininémie	☐
Signes cutanés	☐	Immunodépression	☐	Protéinurie	☐
Dialyse (traitement)	☐	Autre contexte (préciser) : _____			

BIOLOGIE

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

Exercice professionnel : Agricole ☐ Forestier ☐ Bâtiment ☐ Autre ☐ ……

Habitat : Urbain ☐ Rural ☐ Maison à -50 m de forêt ☐

Voyages : FRANCE ☐ Région : …… Dates du séjour : ___/___/___au___/___/___
ETRANGER ☐ Région : …… Dates du séjour : ___/___/___au___/___/___

Activités extraprofessionnelles	Manipulation Bois ☐	Manipulation Terre ☐	Loisir en forêt ☐
	Ouverture/Nettoyage local inhabité ☐	Contact eau douce ☐	Chasse ☐
	Manipulations de rats, souris, campagnols, taupes, musaraignes, chauves-souris morts/vivants : ☐	Morsure par un de ces animaux ☐	Piqûre par trombiculidés (aoûtats) ☐

Communes où ont été pratiquées ces expositions : |__|__|__|__|__| …… |__|__|__|__|__| ……

Fiche à retourner par email au CNR des HANTAVIRUS : cnr-hantavirus@pasteur.fr
Institut Pasteur, 28 rue du Docteur Roux – 75724 Paris Cedex 15 - Tél : 01.40.61.38.08 – Fax : 01.40.61.38.07