

SURVEILLANCE EPIDÉMIOLOGIQUE DES HANTAVIRUS

Document recto – verso

LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT
N° Client : <input style="width: 100px;" type="text"/> C / <input style="width: 20px;" type="text"/>	Date de prélèvement : <input style="width: 100px;" type="text"/>
Cachet obligatoire	Code OPL : HANTV

PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
NOM	NOM
PRÉNOM	PRÉNOM
Nom de naissance.....	Adresse
Adresse	CP Ville
CP Ville	Tél. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Date de naissance : <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Fax <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	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) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avec - Syndrome algique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Troubles oculaires (accommodation,...) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Troubles respiratoires (toux, dyspnée,...) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Signes hémorragiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	- Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avec - Troubles digestifs (nausées, diarrhée...) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Signes rénaux (oligurie) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Troubles neurologiques centraux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Tableau sévère (choc, anurie, hémorragie) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

Autre contexte (préciser) :

EXAMENS DE BIOLOGIE

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

SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES HANTAVIRUS

Document recto – verso

EXPOSITION dans le mois précédent le début des signes

<p><u>EXERCICE PROFESSIONNEL :</u></p> <p>- Agricole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Forestier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Bâtiment : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Autre (<i>préciser</i>) :</p>	<p><u>HABITAT :</u></p> <p>- Urbain : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Rural : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Maison isolée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p><u>ACTIVITES EXTRAPROFESSIONNELLES :</u></p> <p>- Bois (Manipulation, rangement bois de chauffage, etc.) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Terre (jardinage, terrassement, etc.) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Ouverture/Nettoyage local inhabité (remise, grange....) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Loisir en forêt : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Pêche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Chasse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Manipulations de rongeurs morts : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- Morsure par rongeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Préciser la (les) communes où ont été pratiquées ces activités : Code(s) postal (aux) : <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p><u>VOYAGES :</u></p> <p>- En France : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui : Région</p> <p>Date du séjour : Du <input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/> au <input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>- A l'étranger : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, Pays/Province-Etat, ... :</p> <p>Date du séjour : Du <input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/> au <input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/></p>

RESERVÉ AU CNR

N°CNR : <input style="width: 100px;" type="text"/>	Date d'envoi : <input style="width: 100px;" type="text"/>	Cas suspect : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Confirmation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Origine :	Discordance : IgM..... IgG.....
Conclusion NCNR :	Nature pré :	FINALE :