

**SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES HANTAVIRUS**

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

HÔPITAL : ..... Téléphone : .....  
 Service : ..... Fax confidentialisé : .....  
 Médecin : .....

**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(s) 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: .....

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Deux premières lettres du nom :  Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe M  F

Code postal Résidence : | | | | | Commune de résidence : .....

DATE prélèvement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Votre Référence prélèvement : .....

**SIGNES CLINIQUES**

DATE début symptômes : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fièvre (ou histoire de fièvre) : oui  non  Hospitalisation : oui  non   
 avec

syndrome algique	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	troubles digestifs (nausées, diarrhée, etc.)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
troubles oculaires (accommodation, etc.)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	signes rénaux (oligurie)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
troubles respiratoires (toux, dyspnée, etc.)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	troubles neurologiques centraux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
signes hémorragiques	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	tableau sévère (choc, anurie, hémorragie)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

préciser : .....

Autre contexte (préciser) : .....

<b>BIOLOGIE</b>	Thrombopénie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Hématurie micro	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Élévation ALAT-ASAT	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Élévation 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 ayant précédé le début des signes :**

**Exercice professionnel :** Agricole oui  non  Forestier oui  non  Bâtiment oui  non  Autre (préciser) : .....  
**Habitat :** urbain  rural  Maison isolée oui  non   
**Voyages :** FRANCE oui  non   
 Si oui : Région : .....  
 Dates Séjour : .....  
 ETRANGER oui  non   
 Si oui : Pays/Province-Etat, etc. : .....  
 Dates Séjour : .....

**Activités extraprofessionnelles :** Bois (Manipulation, rangement bois de chauffage, etc.) oui  non   
 Terre (Jardinage, terrassement, etc.) oui  non   
 Ouverture/Nettoyage local inhabité (remise, grange, etc.) 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) : | | | | | Commune(s) .....

FICHE COMPLETEE PAR : NOM : ..... DATE : : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SIGNATURE :

Questionnaire à retourner dans l'ordre de préférence par fax, email ou courrier à :



CNR des HANTAVIRUS  
 21 avenue Tony Garnier – 69365 LYON CEDEX 07

Institut Pasteur Tél : 04.37.28.24.40 – Fax : 04.37.28.24.51 – cnr-hantavirus@pasteur.fr

**RESERVE AU CNR**

N° CNR	Date d'envoi : ___/___/___	Cas suspect : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Confirmation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Origine : .....	Discordance : Ig M..... IgG.....
Conclusion NCNR : .....	Nature Prél. : .....	FINALE : .....