

**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  non  troubles digestifs (nausées, diarrhée, etc.) oui  non   
 troubles oculaires (accommodation, etc.) oui  non  signes rénaux (oligurie) oui  non   
 troubles respiratoires (toux, dyspnée, etc.) oui  non  troubles neurologiques centraux oui  non   
 signes hémorragiques oui  non  tableau sévère (choc, anurie, hémorragie) oui  non

préciser : .....

Autre contexte (préciser) : .....

**BIOLOGIE** Thrombopénie oui  non  Hématurie micro oui  non   
 Elévation ALAT-ASAT oui  non  Elévation de la créatininémie oui  non   
 Leucocytose oui  non  Protéinurie oui  non

**EXPOSITION dans le mois avant précédé le début des signes :**

**Exercice professionnel :** **Habitat :** urbain  rural  Maison isolée oui  non   
 Agricole oui  non  **Voyages :** FRANCE oui  non   
 Forestier oui  non  Si oui : Région : .....  
 Bâtiment oui  non  Dates Séjour : .....  
 Autre (préciser) : ..... **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 :



Institut Pasteur

CNR des HANTAVIRUS  
 21 avenue Tony Garnier – 69365 LYON CEDEX 07  
 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  Non   
 Confirmation : Oui  Non  Origine : ..... Discordance : Ig M..... IgG.....  
 Conclusion NCNR : ..... Nature Prél. : ..... FINALE : .....