Institut Pasteur de la Guyane

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LE DIAGNOSTIC DES HANTAVIRUS du Nouveau Monde

(Cette fiche doit être systématiquement renseignée et envoyée avec chaque prélèvement)

Médecin prescripteur / Service prescripteur : .....

Nom et prénom du patient : .....

Date de naissance : _____/_____/_____ **Sexe :** ❑ **F** ❑ **M**

INFORMATION PREALABLE DU PATIENT

En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi Informatique et Liberté, le patient doit être informé de l'utilisation possible des échantillons biologiques collectés et des données associées (dans le respect de la confidentialité) par le CNR des Hantavirus et ses partenaires à des fins de recherches, en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les Hantavirus. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche. 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** **ou** ❑ **ne s'oppose pas** à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les Hantavirus.

Adresse du patient : .....
.....

Nature du prélèvement : ❑ Sérum (Tube sec) ❑ Plasma (Tube EDTA exclusivement)
❑ Lavage broncho-alvéolaire (LBA)

Date de début de maladie : ____/____/____ **Date de prélèvement :** ____/____/____

Date d'hospitalisation : ____/____/____ **Date d'admission en réanimation :** ____/____/____

Signes cliniques :

❑ Hyperthermie > 38,5°C ❑ Céphalées ❑ Myalgies ❑ Nausées
❑ Troubles intestinaux ❑ Détresse respiratoire ❑ Toux ❑ Tachycardie
❑ Hypotension ❑ Autres (à préciser) : .....

Signes biologiques associés :

Taux de plaquettes : ..... Hématocrite : ..... ASAT : ..... ALAT : .....
Leucocyte : ..... % Neutrophile : ..... ❑ CRP> 5

Contexte épidémiologique :

Activité professionnelle : .....
Activités extraprofessionnelles (forêt, bois, jardinage) : .....
Exposition potentielle à des rongeurs (contact, morsure) : .....
Déplacement dans les **2 mois** précédant le début des signes cliniques : ❑ Oui ❑ Non

Si **oui :**

Dans le département ❑ Date : ____/____/___ Lieux précis : .....
Hors du département ❑ Date : ____/____/___ Lieux précis : .....

Cachet du laboratoire ou du médecin transmetteur :

Centre National de Référence des Hantavirus
Laboratoire associé
Télécopie : 05 94 29 58 09

Séverine MATHEUS *05 94 29 58 12*
Dominique ROUSSET *05 94 29 26 09*
Antoine ENFISSI *05 94 29 51 13*

Ce document est la propriété de l'Institut Pasteur de la Guyane – Reproduction et diffusion interdites sans autorisation.