

FICHE CLINIQUE ACCOMPAGNANT TOUT PRELEVEMENT GRIPPAL
DESTINE AU CNR DE L'INSTITUT PASTEUR DE LA GUYANE

Identification du Médecin

Cachet

.....

NOM DU PATIENT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRENOM DU PATIENT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 virus des infections respiratoires (dont la grippe) et ses partenaires à des fins de recherches, en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur **les virus respiratoires**. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche.

Suite à cette information, le patient (ou son représentant légal) : **s'oppose** ou **ne s'oppose pas**
 à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche.

DATE DE NAISSANCE : ___/___/____ / (jj/mm/aaaa)

SEXE : F M

DATE DE DEBUT DE LA MALADIE : ___/___/____ (jj/mm/aaaa)

DATE DE PRELEVEMENT : ___/___/____ / (jj/mm/aaaa)

NATURE DU PRELEVEMENT :

SITE ANATOMIQUE DU PRELEVEMENT :

Ecouvillon Autre :

Naso-pharyngé Autre :

CAS ISOLE Oui Non

VOYAGE Oui Non Si **OUI** Destination et date du retour : ___/___/____

VACCINATION ANTIGRIPPALE : Oui Non Si **OUI** Nom du vaccin et date de vaccination: ___/___/____

ETAT CLINIQUE

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre :.....°C | <input type="checkbox"/> Dyspnée | <input type="checkbox"/> Otite / otalgie |
| <input type="checkbox"/> Début brutal | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Troubles digestifs |
| <input type="checkbox"/> Asthénie | <input type="checkbox"/> Expectoration | <input type="checkbox"/> Conjonctivite |
| <input type="checkbox"/> Myalgies / courbatures | <input type="checkbox"/> Bronchiolite : bronchite | <input type="checkbox"/> Adénopathies |
| <input type="checkbox"/> Frissons | <input type="checkbox"/> Rhinite / coryza | <input type="checkbox"/> Eruption |
| <input type="checkbox"/> Céphalées | <input type="checkbox"/> Pharyngite | <input type="checkbox"/> Autres : |

FACTEURS DE RISQUES

- Grossesse en cours
 IMC>30
 Immunodépression
 Maladie chronique justifiant une vaccination antigrippale :
 Autres :

TRAITEMENT ANTIVIRAL Oui Non

Si Oui : Date de début : ___/___/____
 Lequel ?.....

HOSPITALISATION (programmée ou en cours) Oui Non

Service : Date d'hospitalisation

COMMENTAIRES



**Centre National de Référence
 des Virus des infections respiratoires
 (dont la grippe)
 CNR-Laboratoire associé**

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