

**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** :

Ecouvillon  Autre : .....

**SITE ANATOMIQUE DU PRELEVEMENT** :

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  
**Télécopie** 05 94 29 58 09