

**FICHE CLINIQUE ACCOMPAGNANT TOUT PRELEVEMENT POUR RECHERCHE DE VIRUS RESPIRATOIRES
(SARS-COV-2 ; INFLUENZA ; VRS...)**

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 recherche, 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 Lavage Aspiration
 Biopsie Autre :

SITE ANATOMIQUE DU PRELEVEMENT :

- Nasal Pharyngé Naso-pharyngé Trachéal
 Broncho alvéolaire Pulmonaire 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"/> Agueusie ou anosmie |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |

FACTEURS DE RISQUES

- Grossesse Diabète
 IMC>30 Hypertension artérielle
 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