***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

**Cachet du laboratoire ou du médecin transmetteur :**

**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 : ………………………………………………………..

**Centre National de Référence des Hantavirus** *Anne LAVERGNE 05 94 29 58 01* **Laboratoire associé** *Dominique ROUSSET 05 94 29 26 09* **Télécopie : 05 94 29 58 09** *Antoine ENFISSI 05 94 29 51 13*