

**Fiche clinique saison 2018-2019 hôpital
Surveillance virologique des syndromes grippaux**

Centre National de Référence
virus des infections
respiratoires (dont la grippe)

Patient : Nom _____ Prénom _____

Information préalable du patient En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi « Informatique et liberté », chaque patient doit être informé de l'utilisation possible, par le CNR, à des fins de recherche, et dans le respect de la confidentialité, de son ou ses échantillon(s) biologique(s) ainsi que des données qui y sont associées.

En effet, le CNR des Virus Influenzae conduit certains travaux de recherche en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les virus grippaux et les pathologies qui en résultent.

Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche.

Chaque patient peut, s'il le souhaite, refuser l'utilisation de ses prélèvements et/ou données personnelles à des fins de recherche.

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 ne s'oppose pas

à l'utilisation secondaire de son(ses) prélèvement(s) et données associées, pour des fins de recherche et dans le cadre de la pathologie pour laquelle il consulte.

Patient(e) / représentant(s) legal(aux) non informé(s) Motif :

Cachet du médecin (à compléter pour l'envoi des résultats)	Etiquette du laboratoire (à compléter par le CNR)	Date d'arrivée au laboratoire
---	--	--------------------------------------

Né(e) le :

Sexe F M

Date de début de maladie

Date de prélèvement

Nature du prélèvement Nasopharyngé/nasal
 Expectoration/crachat

Liquide broncho-alvéolaire
 Autre, précisez.....

Vaccination antigrippale 2018-19 Oui Non

Si oui, date et nom :

Contexte

- Voyage récent à l'étranger (<15 jours), pays
- Autre (cas groupés, transmission nosocomiale)

Clinique (Syndrome grippal non compliqué, syndrome de détresse respiratoire aiguë, insuffisance rénale ...)

.....

.....

Prescription d'un antiviral :

Oui Non si oui lequel : Date de début du traitement :

Facteurs de risque, antécédents justifiant une vaccination antigrippale Oui Non

- Grossesse en cours IMC ≥ 40 Diabète Maladie cardio-vasculaire Maladie respiratoire
- Immunodépression Autre maladie chronique, précisez.....

ANALYSES DEMANDEES

Sous-typage grippe par qRT-PCR (Merci de préciser les résultats déjà obtenus dans votre laboratoire)

Tests déjà effectués et résultats : (NR=non réalisé)

Grippe A : POS NEG NR Grippe B : POS NEG NR Type de test :

Grippe A(H3N2) : POS NEG NR Grippe A(H1N1)pdm09 : POS NEG NR

Autres virus respiratoires (préciser les résultats) :

Recherche de résistance aux anti-viraux (Envoyer des prélèvements séquentiels, avant et après la mise sous traitement)

.....

Recherche de MERS-CoV, virus grippaux aviaires H7, H5 (si suspicion validée par l'INVS/ARS/CIRE)

.....

Commentaires