

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  $\geq$  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