

**HOPITAL**

Service :

Fiche remplie par :

Médecin :

Tél :

Fax (*confidentialisé*) :

Date de début des symptômes :

**PATIENT**

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

M  F 

Activité professionnelle

Domicile (commune, dpt) :

Code postal :

Date d'hospitalisation :

**SIGNES CLINIQUES**Fièvre :  Céphalées :  Myalgies :  Arthralgies :  Douleurs abdominales : Nausées :  Vomissements :  Diarrhée :  Atteinte pulmonaire :  Eruption : Méningite :  Encéphalites :  Autres signes (*préciser*) :Conjonctivite :  Signes hémorragiques (*préciser*) :**VOYAGES AU COURS DU MOIS PRECEDENT**- En France (*préciser*) : Région(s) :

Date retour :

- Hors de métropole (*préciser*) : Pays :

Date retour :

**VACCINATIONS**Fièvre jaune :  *année* :Hépatite A  *année* :Hépatite B  *année* :Encéphalite à tiques :  *année* :Encéphalite japonaise  *année* :**BIOLOGIE**Paludisme : nég  : pos *Technique utilisée* :Leptospirose : nég  : pos Rickettsiose : nég  : pos Autre (s) (*préciser*) :Lymphopénie  (*préciser*) :Thrombocytopénie  (*préciser*) :ASAT / ALAT élevées  (*préciser*) :**PRELEVEMENTS**

Date :

Mode de conservation :

Sang :  Plasma :  Sérum :  LCR :  Urines :  Biopsies :  (*préciser*) :**REMARQUES****INFORMATION PREALABLE DU PATIENT****VIROSES SUSPECTES**

Questionnaire à retourner à :

CNR des FHV  
21 av. Tony Garnier  
69365 Lyon cedex 07Tél : (33) 4 37 28 24 40/43  
Fax : (33) 4 37 28 24 41  
Email : cnr-fhv@pasteur.fr

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 Fièvres Hémorragiques Virales conduit certains travaux de recherche en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les virus de fièvres hémorragiques 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 recherches.

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(s) prélèvement(s) et données associées, à des fins de recherche et dans le cadre de la pathologie pour laquelle il consulte.

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