

NOM COMPLET DU PATIENT : _____ PRENOM COMPLET : _____

Patient : 2 premières lettres du NOM Première lettre du PRENOM A anonymiser
par le CNR/labo

Surveillance des virus respiratoires - Fiche clinique Saison 2024-2025

Type de prélèvement réalisé : ☐ salivaire ☐ nasopharyngé☐ Suspicion grippe zoonotique (IRA + exposition à risque, hors confirmation Covid-19, grippe AH3N2, AH1N1 ou B)

Conformément à la Loi Jardé, je confirme que le patient accepte librement de participer à la recherche et qu'au jour du prélèvement, le patient ou son représentant légal (titulaire de l'autorité parentale, tuteur légal, personne de confiance) :

☐ A été informé et ne s'oppose pas☐ A été informé et s'oppose☐ N'a pas été informé pour le motif suivant : _____

A l'utilisation secondaire de son prélèvement et des données associées à des fins de recherche dans le cadre de la pathologie pour laquelle il consulte

ID :

Etiquette du laboratoire

Date d'arrivée au laboratoire

Ce cas correspond-il à la définition d'un **syndrome grippal** ? ☐ OUI ☐ NON

(Fièvre supérieure à 39°C, d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires)

Données générales

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Date de début des signes : ____ / ____ / ____

Date du prélèvement : ____ / ____ / ____

Voyage récent à l'étranger (<7 jours) : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui, pays : _____

Vaccinations et mesures préventives

-Vaccination **antigrippale 2024-25** : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP Si oui, date : ____ / ____ / ____ Nom du vaccin : _____-Vaccination **antigrippale 2023-24** : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP-Vaccination **COVID-19** : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP Si oui, nombre de doses : ____ Date de la dernière dose : ____ / ____ / ____
(Année à minima)-Anticorps monoclonaux ou vaccin contre le **VRS** :**Patient** : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP → Si oui, date : ____ / ____ / ____ Nom(s) : ☐ Nirsevimab ☐ Palivizumab ☐ Abrysvo ☐ Arexvy**Si le patient est un nourrisson (<6 mois), vaccination de la mère pendant la grossesse** : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

→ Si oui, date : ____ / ____ / ____

Signes cliniques

Apparition brutale des symptômes : ☐ Oui ☐ Non☐ Fièvre, si oui T°C : ____ , ____ ☐ Toux ☐ Rhinite ☐ Maux de gorge ☐ Dyspnée ☐ Myalgies ☐ Céphalées ☐ Malaise☐ Autres, précisez : _____Facteurs de risque (**autre que l'âge**) pour le ou lesquels il existe une recommandation de vaccination contre la Covid-19, le VRS ou la grippe☐ OUI ☐ NONSi oui, précisez (plusieurs réponses possibles) : ☐ Diabète ☐ Maladie cardiaque chronique (sauf HTA) ☐ Maladie pulmonaire chronique (sauf asthme)☐ Immunodépression ☐ HTA traitée ☐ Asthme ☐ Obésité (IMC ≥ 30) ☐ Autre, précisez : _____

(Maladie rhumatologique, maladie hépatique, maladie rénale chronique, néoplasie maligne, grossesse en cours, etc.)

Prise en charge

Consultation aux urgences ou hospitalisation demandée : ☐ Oui ☐ Non

Prescription(s) effectuée(s) CE JOUR :

Antiviral : ☐ Oui ☐ Non si oui, lequel : _____Antibiotique : ☐ Oui ☐ Non si oui, lequel : _____

Pour cet épisode, un test diagnostique a-t-il déjà été effectué (en dehors de la surveillance virologique Sentinelles) ?

Covid-19 testé ? ☐ Oui ☐ NonSi oui, résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Non interprétableGrippe testée ? ☐ Oui ☐ NonSi oui, résultat : ☐ Positif, si connu, type : ☐ A ☐ B ☐ Négatif ☐ Non interprétableVRS testé ? ☐ Oui ☐ NonSi oui, résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Non interprétable

Commentaires :