

PATIENT NOM

PRENOM

N° d'origine du prélèvement : -----

Information remise/donnée au patient (ou pour les mineurs, au titulaire de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle, au tuteur) :

☐ OUI

☐ NON

Information préalable du patient : En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi « Informatique et Liberté », et dans le respect de la confidentialité, nous vous informons de la possible utilisation de vos échantillons biologiques et des données associées, à des fins de recherche par le CNR Virus des infections respiratoires (dont la grippe et le SARS-CoV2), Santé publique France. En effet, ces instituts conduisent des 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. Vous pouvez si vous le souhaitez, refuser l'utilisation à des fins de recherche de vos prélèvements et/ou données personnelles en vous adressant au CNR Virus des infections respiratoires (dont la grippe et le SARS-CoV2)

Identification Hôpital / Médecin

CNR des Virus des Infections Respiratoires – HCL/Lyon

Date arrivée au laboratoire

Date de naissance -- ---- (mm/aaaa) Sexe ☐ F ☐ M

Date de début de maladie -- -- ---- Date de prélèvement -- -- ----

Nature du prélèvement Nasopharyngé ☐ Expectoration/crachat ☐ LBA ☐ Autre ☐ préciser -----

Vaccination antigrippale 2024-2025 ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP Si oui, date -- -- ----

Vaccination COVID-19 ☐ Oui ☐ Non Date dernière injection : -- -- ----

AMC ou Vaccination VRS ☐ Oui ☐ Non Si oui, date : -- -- ----

AMC : Nirsevimab ☐ -Palivizumab ☐ - **Vaccin :** Abrysvo ☐ - Arexvy ☐

Si le patient est un nourrisson (<6 mois), vaccination de la mère pendant la grossesse : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP Si oui, date : -- -- ----

Contexte

☐ Retour récent de l'étranger (<15jours) pays ----- Date du retour : -- -- ----

☐ Réinfection ☐ Vacciné(é) ☐ Cas contact ☐ Autre (cas groupés, transmission nosocomiale,)

Clinique

☐ Syndrome grippal non compliqué ☐ Asymptomatique

☐ Grippe sévère ☐ Syndrome de détresse respiratoire aigüe

☐ Autres signes, précisez -----

Prescrit au patient

☐ Antibiotiques

☐ Antiviral lequel -----

Facteurs de risque, antécédents justifiant une vaccination antigrippale ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

Analyses Demandées :

☐ Confirmation diagnostic **grippe** par qRT-PCR (merci de préciser les résultats déjà obtenus)

Virus Grippal : ☐ A ☐ B ☐ NEG Technique utilisée : -----

Sous-typage : H3N2 : ☐ POS ☐ NEG ☐ NR* / (H1N1)pdm09 : ☐ POS ☐ NEG ☐ NR* NR=non réalisé

☐ Confirmation diagnostic **VRS** par qRT-PCR (merci de préciser les résultats déjà obtenus)

VRS : ☐ A ☐ B ☐ NEG Technique utilisée : -----

Autres virus respiratoires (précisez les résultats) : -----

☐ Recherche de résistance aux antiviraux (envoyer des prélèvements séquentiels, avant et après la mise sous-traitement)

☐ Recherche de **MERS-CoV, Virus Grippaux Aviaires H5, H7** (si suspicion validée par SpF/ARS/CIRE)