



Surveillance Virologique des Infections Respiratoires

Fiche clinique Hiver 2023 - 2024



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 Expectorations/crachat LBA Autre préciser -----

Vaccination antigrippale 2021-2022 Oui Non NSP Si oui, date -- -- ----

Vaccination COVID-19 Oui Non Nombre doses 1 2 3 4 Date dernière injection : -- -- ----

Nirsevimab-Beyfortus 2023-24 Oui Non 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

Signes respiratoires Syndrome grippal non compliqué
 Grippe sévère Syndrome de détresse respiratoire aigüe
 Asymptomatique Signes digestifs Autres signes, précisez

Prescrit au patient Antibiotiques Antiviral lequel

Facteurs de risque, antécédents justifiant une vaccination antigrippale Oui Non

Précisez : Grossesse en cours IMC ≥ 40 Diabète Maladie cardio-vasculaire Maladie respiratoire
 Immunodépression Autre facteur de risque

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)