



DEMANDE DE DIAGNOSTIC DE LA RAGE CHEZ L'HOMME

- FICHE DE RENSEIGNEMENTS -

A renvoyer accompagnée des échantillons

HÔPITAL :

Service :

Médecin :

Tél :

Fax confidentialisé :

Courriel :

Date de la demande :

PATIENT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : M ☐ F ☐

Domicile (commune, CP) :[][][][][][]

N° de référence :

Activité professionnelle :

Information préalable du patient

En vertu de l'article L 1211-2 du Code de la Santé Publique et de la Loi Informatique et Libertés, chaque patient doit être informé de l'utilisation possible à des fins de recherches des échantillons biologiques collectés et des données associées (dans le respect de la confidentialité) par le CNR de la rage (CNRR) et par l'unité DyLAH qui l'héberge. Ces recherches portent sur le développement des techniques d'identification et de caractérisation des agents infectieux, et sur l'amélioration de la compréhension des mécanismes physiopathologiques qui leur sont associés. 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 des 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) ou son(s) représentant(s) légal (aux) (lorsque l'état clinique du patient le justifie ou en cas de décès du patient):

☐ **s'oppose(nt)**

ou

☐ **ne s'oppose(nt) pas**

à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées dans le cadre de recherche sur **le développement des techniques d'identification et de caractérisation des agents infectieux, et sur l'amélioration de la compréhension des mécanismes physiopathologiques qui leur sont associés.**

Nom et signature du médecin ayant recueilli l'avis du patient :

Date :

Motif :

Renseignements cliniques, biologiques et épidémiologiques

DATE DE DEBUT DES SYMPTÔMES :/...../..... Type(s):

Date début des symptômes neurologiques (si différente):/...../..... Type(s):

Date d'hospitalisation :/...../.....

SIGNES CLINIQUES :

Signes généraux :

Fièvre : ☐ Asthénie : ☐ Anorexie : ☐ Perte de poids : ☐

Myalgie : ☐ Arthralgie : ☐

Signes neurologiques :

Trouble conscience : ☐ Coma : ☐ Score Glasgow le plus bas :

Trouble comportement : Agressivité : ☐

Apathie : ☐

Agitation : ☐

Confusion : ☐

Hallucination : ☐

Hydrophobie ☐ Aérophobie ☐

Signes méningés : Céphalées : ☐ Photophobie : ☐ Raideur de la nuque : ☐

Signes extrapyramidaux : ☐ (dont tremblement de repos, hypertonie spastique, akésie)

Signes pyramidaux : ☐ (dont augmentation des reflexes ostéotendineux, anomalie de reflexes cutanés (Babinski...), hypertonie plastique)

Référence	Version	Date
RR00101-04	C	15/04/15

Déficit moteur localisé : ☐
Convulsions : ☐
Paresthésie : ☐
Mouvements anormaux : ☐

Autres signes cliniques

Dysphagie : ☐ Dysphonie : ☐
Hypersalivation : ☐
Signes ORL ou respiratoire : ☐ préciser :
Signes digestifs : ☐ préciser :
Signes cutanés : ☐ préciser :
Signes hépatiques : ☐ préciser :
Signes rénaux : ☐ préciser :
Autres signes :

SIGNES BIOLOGIQUES:

Marqueurs sanguins

Anomalies NFS principales :
Anomalies biochimiques principales :
Marqueurs de l'inflammation présents (IFN, CRP, VS, etc.) : ☐

Marqueurs LCR

Protéinorachie anormale : ☐
Glycorachie anormale : ☐
Biochimie anormale : ☐ : préciser si lactate : ☐ chlorure : ☐
Taux de leucocytes anormal : ☐

Bilan microbiologique

Principaux examens réalisés/en cours : Virologiques :
Bactériologiques :
Parasitaires :

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Voyages au cours des 3 mois précédents :

En FRANCE ☐ Région(s) : Date retour : ____/____/____ Durée du séjour: _____ jours
(hors Métropole)
A L'ETRANGER ☐ Pays : Date retour : ____/____/____ Durée du séjour: _____ jours

Vaccination :

Vaccination récente (< 3 mois) : ☐ , préciser :
Antécédent de vaccination rage : ☐ , préciser la (les) date (s) :

Exposition à des animaux sauvages ou domestiques

Morsures/griffures: ☐
préciser animal : pays d'exposition : date d'exposition :
Contact avec chauve-souris : ☐
préciser nature du contact : date d'exposition :

REMARQUES EVENTUELLES :

Référence	Version	Date
RR00101-04	C	15/04/15

Renseignements associés aux prélèvements biologiques transmis (cocher et compléter pour chaque prélèvement fourni)

☐ **BIOPSIE CUTANEE** (au niveau des follicules pileux de la nuque, sur tube sec)

Date et heure : / / à ...h...

Référence :

☐ **SALIVES SEQUENTIELLES** (sur tube sec)

Salive n°1 Date et heure : / / à ...h...

Référence :

Nature du prélèvement (*barrer la mention inutile*) : écouvillon / recueil liquide

Salive n°2 Date et heure : / / à ...h...

Référence :

Préciser le type du prélèvement (*barrer la mention inutile*) : écouvillon / recueil liquide

Salive n°3 Date et heure : / / à ...h...

Référence :

Préciser le type du prélèvement (*barrer la mention inutile*) : écouvillon / recueil liquide

☐ **SERUM** (sur tube sec)

Date et heure : / / à ...h...

Référence :

☐ **LCR** (sur tube sec)

Date et heure : / / à ...h...

Référence :

☐ **Autre(s) prélèvement(s)**

Nature :

Date et heure : / / à ...h...

Référence :

Nature :

Date et heure : / / à ...h...

Référence :

Nombre total de prélèvements expédiés :

Merci pour votre aide et pour votre collaboration !!!

RESERVE AU CNRR :

Date et heure de réception : / / à ...h...

Par :

Nombre de prélèvements reçus :

Etat des prélèvements à réception : ☐ conforme

☐ non conforme

Motif :

Code patient :

Référence	Version	Date
RR00101-04	C	15/04/15