

**SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA
FIEVRE HEMORRAGIQUE AVEC SYNDROME RENAL (FHSR)**

HÔPITAL : Tél :
Service : Fax confidentialisé :
Médecin :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Deux premières lettres du nom: |_|_| | **Prénom** :
Date de naissance : ____/____/____ M ☐ F ☐
Adresse : Code postal : |_|_|_|_|_|
Ville Tél :

DATE prélèvement : ____/____/____ **REF prélèvement** : **N° d'examen CNR** :

SIGNES CLINIQUES

Hospitalisation oui ☐ non ☐

- fièvre ☐
- céphalées ☐
- douleurs dorsales ☐
- lombalgies ☐
- myalgies ☐

- nausées ☐
- vomissements ☐
- douleurs abdominales ☐

DATE début symptômes : ____/____/____

Date hospitalisation : ____/____/____

- épistaxis ☐
- hématurie macro ☐
- autres signes hémorragiques ☐
- (préciser)
- mise sous dialyse ☐
- troubles de l'accommodation ☐
- dyspnée ☐
- toux ☐
- autres signes ☐ (préciser)

BIOLOGIE

Hématurie micro ☐ Elévation de la créatininémie ☐ Elévation des ALAT/ASAT ☐
Protéinurie micro ☐ Thrombopénie ☐

EXPOSITION dans le mois ayant précédé le début des signes :

Exercice professionnel :

Agricole ☐
Forestier ☐
Bâtiment ☐
Autre ☐

Habitat : ville ☐ campagne ☐
maison isolée ☐

Voyages :

FRANCE ☐ ETRANGER ☐
Région : Pays :

Activités

extraprofessionnelles :

- Bois : - Manipulation/ rangement bois de chauffage ☐
- Fréquentation forestière pour faire du bois ☐
- Terre : - Jardinage, terrassement ☐
- Ouverture/Nettoyage local inhabité (remise, grange...) ☐
- Loisirs en forêt ☐ pêche ☐ chasse ☐

Préciser la (les) communes où ont été pratiquées les activités :

Code(s) postal (aux) |_|_|_|_|_| Commune(s).....

Manipulations de rongeurs morts ☐

Morsure par rongeur ☐

FICHE COMPLETEE PAR :

NOM : **DATE** : ____/____/____ **SIGNATURE** :

Questionnaire à retourner à :

CNR des Fièvres Hémorragiques Virales
21 avenue Tony Garnier - 69365 LYON cedex 07
Tel: 04 37 28 24 40 Fax: 04 37 28 24 51