

Fiche de renseignements pour la recherche du virus des oreillons au CNR

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, chaque patient doit être informé de la possible utilisation de son ou ses échantillon(s) biologique(s) et des données associées, à des fins de recherche par le CNR de la Rougeole et des Paramyxoviridae respiratoires, l'InVS ou le réseau Sentinelles. En effet, ces instituts conduisent des travaux de recherche en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les virus des oreillons et les pathologies qui en résultent. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche. Chaque patient peut, s'il le souhaite, refuser l'utilisation à des fins de recherche de ses prélèvements et/ou données personnelles.

Suite à cette information, le patient ou le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale pour les mineur / le tuteur pour les majeurs sous tutelle déclare

ne pas s'opposer s'opposer

à l'utilisation secondaire de son (ses) prélèvement(s) et données associées, à des fins de recherche et dans le cadre de la pathologie pour laquelle il consulte.

Le patient(e) ou le représentant légal n'a pas pu être informé(e), si oui précisez le motif : _____

Effectuer le prélèvement de salive ou de gorge dans les 4 jours suivant le début clinique.

Indiquer les 3 premières lettres du nom et du prénom du patient sur les étiquettes et les coller sur le tube.

Mettre les tubes dans des boîtes de transport.

- Pour la recherche de l'ARN, compléter la fiche de renseignements, la joindre au prélèvement et envoyer le tout au :
Centre National de Référence, Laboratoire de Virologie, Pole de Biologie, CHU de Caen,
av. G. Clemenceau, 14033 Caen Cedex,
Tel : 02 31 27 25 54, Fax : 02 31 27 25 57,
courriel : cnr-roug- para@chu-caen.fr.

- Si une sérologie a été réalisée de façon contemporaine (2 à 4ml sur tube sec), transmettre le tube au LAM hospitalier ou privé et envoyer une copie du résultat au CNR.

Médecin prescripteur (à compléter pour l'envoi des résultats)

Nom et Prénom : Dr _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Fax* : _____

Courriel : _____

* (Permet un envoi rapide des résultats)

Cachet:

Patient

3 premières lettres du Nom |__|__|__| Prénom |__|__|__|

Date de naissance : __/__/____ (jj/mm/aaaa)

Sexe : Homme Femme

Date début des signes cliniques : __/__/____ (jj/mm/aaaa) Date et heure du prélèvement : __/__/____ à ____ h

Signes cliniques (cocher les signes)

Parotidite Méningite Encéphalite Orchite/ovarite Pancréatite

Vaccination Oreillon ou ROR

Non vacciné Vacciné avec 1 dose Vacciné avec 2 doses Statut vaccinal inconnu

Résultat du CNR (à compléter par le CNR)

Date et heure d'arrivée du prélèvement au laboratoire : ____/____/____ à ____ h ____

Recherche d'ARN virus ourlien par PCR : POSITIF NEGATIF

CONCLUSION du CNR: le ____/____/____