

Ce formulaire est réservé à l'envoi par les laboratoires hospitaliers d'échantillons de patients hospitalisés dans les cas suivants :

- détresse respiratoire aigüe avec suspicion d'infection par un virus de la grippe et nécessitant une admission en soins intensifs
- détresse respiratoire aigüe avec suspicion d'infection par un virus grippal hautement pathogène zoonotique

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE DEMANDEUR

| | | |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| Nom : | Adresse : | Tel/Fax : |
| | | Email : |

Le patient s'oppose à l'utilisation, par le CNR, de l'échantillon pour des activités R&D en lien avec la Santé Publique

ECHANTILLON

| | |
|---|--|
| <p>Date du prélèvement : .../.../.....</p> <p>Type de prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> écouvillon naso-pharyngé <input type="checkbox"/> aspiration naso-pharyngée <input type="checkbox"/> lavage broncho-alvéolaire <input type="checkbox"/> autre, précisez : <p>Votre référence échantillon :</p> | <p>DONNEES CONCERNANT LE PATIENT (ou étiquette)</p> <p>Votre référence :</p> <p>Date de naissance :/.../.. ou Age : ans si < 2ans : mois</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> X</p> <p>Code postal ou province :</p> <p>Code NISS :</p> |
|---|--|

DONNEES EPIDEMIO-CLINIQUES

| | | |
|--|--|---|
| <p>Date d'admission : .../.../.....</p> <p>Symptômes :</p> <p>date de début : .../.../.....</p> <p>Définition de cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> température ≥ 38 °C <input type="checkbox"/> historique de température <input type="checkbox"/> toux <input type="checkbox"/> dyspnée <p>Respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> rhinite <input type="checkbox"/> mal de gorge <input type="checkbox"/> sifflement <input type="checkbox"/> désaturations <input type="checkbox"/> crépitations <input type="checkbox"/> mucus <input type="checkbox"/> apnée <input type="checkbox"/> ronchi <input type="checkbox"/> bronchospasme <input type="checkbox"/> douleur thoracique <input type="checkbox"/> œdème pulmonaire <p>Généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mal de tête <input type="checkbox"/> malaise <input type="checkbox"/> myalgies <input type="checkbox"/> asthénie, fatigue <input type="checkbox"/> hypothermie <input type="checkbox"/> déshydratation <input type="checkbox"/> tachycardie <input type="checkbox"/> bradycardie <input type="checkbox"/> confusion aiguë <input type="checkbox"/> chute soudaine <p>Digestifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> vomissements <input type="checkbox"/> nausée <input type="checkbox"/> anorexie <input type="checkbox"/> anosmie <input type="checkbox"/> ageusie <p>Autres :</p> | <p>Vaccination anti-grippale 2023-2024 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu <p>Si oui : <input type="checkbox"/> < 2 semaines ?</p> <p>Traitement antiviral anti-grippe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu <p>Si oui : <input type="checkbox"/> date de prescription :/.../..</p> <p> ou <input type="checkbox"/> avant le prélèvement ?</p> <p>lequel ? <input type="checkbox"/> oseltamivir</p> <p> <input type="checkbox"/> autre, précisez :</p> <p>Traitement antibiotique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu <p>Si oui : <input type="checkbox"/> avant admission</p> <p> <input type="checkbox"/> endéans 48h post-admission</p> <p> <input type="checkbox"/> pendant le séjour (>48h)</p> <p>Raisons de la notification :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soins intensifs / ICU <input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> décès (date : <input type="checkbox"/> suspicion de résistance aux antiviraux <input type="checkbox"/> retour de l'étranger (date : <input type="checkbox"/> autre, précisez : | <p>Facteurs de risque :</p> <p>Merci de sélectionner au moins 'aucun' ou 'inconnu'</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> maladie respiratoire chronique (hors asthme) <input type="checkbox"/> asthme <input type="checkbox"/> maladie cardio-vasculaire chronique (hors hypertension) <input type="checkbox"/> hypertension <input type="checkbox"/> obésité (BMI > 30) <input type="checkbox"/> diabète de type I ou II <input type="checkbox"/> insuffisance rénale (modérée à sévère) <input type="checkbox"/> insuffisance hépatique (modérée à sévère) <input type="checkbox"/> immunodéficience <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> maladie constitutive ou acquise <input type="checkbox"/> cancer or chimiothérapie <input type="checkbox"/> traitement immunosuppresseur <input type="checkbox"/> grossesse <input type="checkbox"/> troubles neuro-musculaires <input type="checkbox"/> fumeur (arrêt endéans les 2 ans) <input type="checkbox"/> prématurité <input type="checkbox"/> autre, précisez : |
|--|--|---|

VOS RESULTATS DE LABORATOIRE

| | |
|--|---|
| <p>Pour recherche de virus influenza :</p> <p>.....</p> <p>Pour recherche d'autres virus respiratoires :</p> <p>.....</p> <p>Pour recherche d'autres pathogènes respiratoires :</p> <p>.....</p> | <p>IDENTIFICATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR</p> <p>Nom :</p> <p>Numéro INAMI :</p> <p>TEST CNR DEMANDES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> caractérisation : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sous-typage influenza A ou lignée influenza B <input type="checkbox"/> séquençage HA / NA <input type="checkbox"/> isolement et test susceptibilité aux antiviraux <input type="checkbox"/> sérologie <input type="checkbox"/> diagnostic différentiel (grippe aviaire, MERS-CoV, et principaux virus respiratoires) |
|--|---|