



# Saison 2011-2012

**PATIENT NOM**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PRENOM**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Suite à l'information donnée par le médecin, le patient** **s'est opposé** ☐ **ne s'est pas opposé** ☐  
à l'utilisation secondaire des données collectées et des échantillons pour des recherches sur les infections respiratoires.  
(Cocher la case correspondant à la décision du patient)

<i>Cachet du médecin</i>	<i>Etiquette du laboratoire</i>	<i>Date d'arrivée au laboratoire</i>

Date de naissance \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (jj/mm/aaaa) Sexe ☐ F ☐ M Code postal de résidence \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Date de début de maladie \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (jj/mm/aaaa) Date de prélèvement \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (jj/mm/aaaa)

**Vaccination antigrippale 2011-2012** ☐ Oui ☐ Non Si oui, date \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (jj/mm/aaaa)

☐ Agrippal ☐ Fluarix ☐ Immugrip ☐ Influvac ☐ Mutagrip ☐ Previgrip ☐ Vaxigrip ☐ Tetagrip

**Vaccination antigrippale 2010-2011** ☐ Oui ☐ Non

## Contexte

☐ Cas isolé ☐ Epidémie familiale ☐ Epidémie en collectivité (école, entreprise, EHPA...) Laquelle .....  
☐ Voyage récent (<15 jours) pays .....

## Etat clinique

<input type="checkbox"/> Fièvre Température max .....	<input type="checkbox"/> Dyspnée / Polypnée	<input type="checkbox"/> Otite / Otalgie
<input type="checkbox"/> Début brutal	<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Troubles digestifs
<input type="checkbox"/> Asthénie	<input type="checkbox"/> Expectoration	<input type="checkbox"/> Conjonctivite
<input type="checkbox"/> Myalgies / Courbatures	<input type="checkbox"/> Bronchiolite / Bronchite	<input type="checkbox"/> Adénopathies
<input type="checkbox"/> Frissons	<input type="checkbox"/> Rhinite / Coryza	<input type="checkbox"/> Eruption
<input type="checkbox"/> Céphalées	<input type="checkbox"/> Pharyngite	<input type="checkbox"/> Autres signes .....

**Adressé CE JOUR à l'hôpital** ☐ Oui ☐ Non

**Traitement prescrit CE JOUR** ☐ Antibiotiques ☐ Antiviral lequel .....

**Un antiviral a-t-il été consommé AUPARAVANT** (au cours des 2 semaines précédant la consultation) **par :**

<input type="checkbox"/> Patient	Date de début __ __ __ __ __	Dosage : <input type="checkbox"/> curatif <input type="checkbox"/> préventif	Lequel .....
<input type="checkbox"/> Membre famille	Date de début __ __ __ __ __	Dosage : <input type="checkbox"/> curatif <input type="checkbox"/> préventif	Lequel .....

**Nombre de consultations ou visites** chez le médecin traitant **au cours des 12 derniers mois** ☐ 0-1 ☐ 2-4 ☐ 5 et+  
**Le patient est-il dépendant** (besoin d'aide dans la vie quotidienne) ? ☐ Oui ☐ Non

**Facteurs de risque, antécédents justifiant une vaccination antigrippale** ☐ Oui ☐ Non

Précisez :

☐ Grossesse en cours ☐ IMC  $\geq 30$  ☐ Diabète ☐ Maladie cardio-vasculaire  
☐ Maladie chronique pulmonaire ☐ Immunodépression ☐ Autre maladie chronique

Hospitalisation en lien avec la maladie chronique au cours des 12 derniers mois ☐ Oui ☐ Non

Commentaires