

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

DIAGNOSTIC DES ARBOVIROSES

Tampon du Laboratoire déclarant : Nom et téléphone du Contact : N° Enregistrement/Labo :	Identification du Service clinique de provenance : Nom et téléphone du contact : N° de dossier/patient :
Nom : Prénom : Date de naissance (à défaut âge) Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Examen demandé : DATE de début des signes cliniques :/...../20..... DATE de prélèvement :/...../20..... TEMPS ECOULE DEPUIS LE DEBUT DES SYMPTOMES : moins de 5 j <input type="checkbox"/> entre 5 et 7 j <input type="checkbox"/> plus de 7 j <input type="checkbox"/>	
Renseignement sur le Patient : Notions de voyages (récents / anciens : afrique, etc) SEJOUR OUTRE-MER : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui ; LIEU : Durée du séjour :MOIS DATE DE RETOUR EN FRANCE :/...../..... (999 si résident) SYMPTOMES : SYNDROME FEBRILE : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Céphalées, myalgies <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Arthralgies <input type="checkbox"/> Méningés <input type="checkbox"/> Hémorragiques <input type="checkbox"/> Douleurs retro-orbitaires <input type="checkbox"/> Neurologiques <input type="checkbox"/> Rénaux <input type="checkbox"/> Hépatiques <input type="checkbox"/> Autres symptômes ? : Vaccination Fièvre Jaune : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Date de la dernière vaccination :/...../..... Vaccination TBE : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Date de la dernière vaccination :/...../..... Vaccination Encéphalite Japonaise : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Date de la dernière vaccination :/...../..... Recherche de Paludisme : Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/>	
Commentaires et remarques éventuels :	

Prélèvements :

- Sérologies, PCR et culture : Plasma prélevé sur tube EDTA de 5 ml à +4°C ou à T. ambiante par défaut.
- LCR (500 µl) : expédié congelé ou à + 4° C par défaut.

CNR DES ARBOVIRUS - ERRIT - IRBA

Tél. : 04 91 61 79 10 ou 00 Fax : 04 91 61 75 53 *Email : CNRarbovirus@irba.fr*

Adresse postale :
 HIA Laveran
 BP 60149
 13384 Marseille Cedex 13

Adresse de livraison :
 HIA Laveran
 34 boulevard Laveran
 13013 Marseille