

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 de naissance : Prénom : Date de naissance : Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Examen demandé :	
Renseignements sur le patient : 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) Lieu de prélèvement : Date :/...../..... DATE de début des signes cliniques :/...../..... 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"/> 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 rétro-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 :/...../..... 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.