

**Fiche de renseignements : Sérologie *Bartonella henselae*
MALADIE DES GRIFFES DU CHAT et INFECTIONS APPARENTÉES**

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE - CHU LILLE

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Sexe :** _____
Date de naissance: _____
Profession : _____
Lieu d'habitation: _____
Hôpital : _____ **Service :** _____ **Prescripteur :** _____
Date du prélèvement : _____
N° MOLIS : _____

SIGNES CLINIQUES

1) Adénopathie(s) : Non Oui

Si **oui**, le **siège** de la ou des adénopathie(s) est :

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cervical | <input type="checkbox"/> Axillaire | <input type="checkbox"/> Fémoro-poplité |
| <input type="checkbox"/> Céphalique | <input type="checkbox"/> Epitrochléen | <input type="checkbox"/> Abdominal |
| <input type="checkbox"/> Supra claviculaire | <input type="checkbox"/> Inguinal | <input type="checkbox"/> Thoracique |

2) Autres signes :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Arthralgies ou myalgies |
| <input type="checkbox"/> Altération de l'état général | <input type="checkbox"/> Splénomégalie |
| <input type="checkbox"/> Signes cutanés: | <input type="checkbox"/> Méningite |
| <input type="checkbox"/> Papules | <input type="checkbox"/> Signes neurologiques |
| <input type="checkbox"/> Nodules | <input type="checkbox"/> Endocardite |
| <input type="checkbox"/> Hémangiomes | <input type="checkbox"/> Atteinte oculaire |
| <input type="checkbox"/> Sarcome de Kaposi | <input type="checkbox"/> Atteinte hépatique |
| <input type="checkbox"/> Erythème noueux | |

Autre :

DATE PRÉSUMÉE D'INOCULATION :

DATE PRÉSUMÉE DE DÉBUT DES SIGNES CLINIQUES :

PORTE D'ENTREE : NATURE ET LOCALISATION

- Chat : contact simple griffure ou morsure => Localisation :
- Autre animal (préciser) :
- Autre porte d'entrée (piqûre végétale, traumatisme, tique, puce, pou...):

AUTRE ETIOLOGIE SUSPECTEE DE L'ADENOPATHIE

- Néoplasie, etc. (préciser) :

TERRAIN :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Immunodépression virale | <input type="checkbox"/> Toxicomanie |
| <input type="checkbox"/> Immunodépression thérapeutique | <input type="checkbox"/> Sans Domicile Fixe |

ANTIBIOTHERAPIE :

- Avant le prélèvement : Non Oui Lequel :
- Après le prélèvement : Non Oui Lequel :

**Toute demande non accompagnée de la fiche de renseignements dûment remplie ne sera pas prise en compte.
Merci de bien vouloir nous transmettre systématiquement cette fiche de renseignements avec le prélèvement.**