

## FICHE DE RENSEIGNEMENT

<b>Laboratoire déclarant :</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<p style="text-align: center;"><b>IDENTIFICATION DU PATIENT*</b></p> <b>Nom de naissance :</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <b>Nom marital :</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <b>Prénom(s) :</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <b>Date de naissance :</b> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <input type="radio"/> H <input type="radio"/> O <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Autre <b>Lieu de résidence :</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <b>Si qualification de greffe :</b> <input type="checkbox"/> CSH <input type="checkbox"/> PMO <input type="checkbox"/> Autre <b>N° d'anonymat :</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>															
<b>Médecin &amp; Service clinique</b> de provenance : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																
<b>EMAIL(s) du prescripteur OBLIGATOIRE</b> (envoi du résultat) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																
<p><b>INFORMATION PREALABLE DU PATIENT</b></p> <input type="checkbox"/> Cocher la case si le patient (ou pour les mineurs : le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle : le tuteur) <b>s'oppose</b> à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les arbovirus. <i>En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi Informatique et Liberté, le patient doit être informé de l'utilisation possible des échantillons biologiques collectés et des données associées (dans le respect de la confidentialité) par le CNR des Arbovirus et ses partenaires à des fins de recherches, en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les arbovirus. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche.</i>																
<p><b>VOYAGES / DEPLACEMENTS au cours du mois précédent l'apparition des symptômes</b></p>																
France métropolitaine (département, ville)	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Du <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> au <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>															
DROM, COM	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Du <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> au <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>															
Autre (pays, ville)	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Du <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> au <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>															
<p><b>SIGNES CLINIQUES</b> <span style="margin-left: 150px;"><b>Date de début des signes :</b></span> <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p>																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Asymptomatique</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Douleurs rétro-orbitaires</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Atteinte méningée</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fièvre</td> <td><input type="checkbox"/> Eruption cutanée</td> <td><input type="checkbox"/> Atteinte neurologique périphérique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Céphalées</td> <td><input type="checkbox"/> Choc</td> <td><input type="checkbox"/> Atteinte neurologique centrale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Myalgies</td> <td><input type="checkbox"/> Signes hémorragiques</td> <td><input type="checkbox"/> Ictère</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arthralgies, arthrites</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Asymptomatique	<input type="checkbox"/> Douleurs rétro-orbitaires	<input type="checkbox"/> Atteinte méningée	<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Eruption cutanée	<input type="checkbox"/> Atteinte neurologique périphérique	<input type="checkbox"/> Céphalées	<input type="checkbox"/> Choc	<input type="checkbox"/> Atteinte neurologique centrale	<input type="checkbox"/> Myalgies	<input type="checkbox"/> Signes hémorragiques	<input type="checkbox"/> Ictère	<input type="checkbox"/> Arthralgies, arthrites		
<input type="checkbox"/> Asymptomatique	<input type="checkbox"/> Douleurs rétro-orbitaires	<input type="checkbox"/> Atteinte méningée														
<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Eruption cutanée	<input type="checkbox"/> Atteinte neurologique périphérique														
<input type="checkbox"/> Céphalées	<input type="checkbox"/> Choc	<input type="checkbox"/> Atteinte neurologique centrale														
<input type="checkbox"/> Myalgies	<input type="checkbox"/> Signes hémorragiques	<input type="checkbox"/> Ictère														
<input type="checkbox"/> Arthralgies, arthrites																
Autre information clinique ou biologique : <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>																
<p><b>CONTEXTES NOTABLES</b></p>																
Grossesse <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	si oui, semaines d'aménorrhée : <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>															
Immunodépression <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Piqûre de tique : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <span style="margin-left: 20px;">date : <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></span>															

Comorbidités notables : **VACCINATIONS :**

Fièvre jaune (YFV)

 oui  nonSi oui date de la dernière injection : 

Encéphalite à tique (TBEV)

 oui  nonSi oui date de la dernière injection : 

Encéphalite japonaise (JEV)

 oui  nonSi oui date de la dernière injection : 

Dengue (DENV)

 oui  nonSi oui date de la dernière injection : **PRELEVEMENTS** (plus de détails dans le manuel de prélèvement [www.cnr-arbovirus.fr](http://www.cnr-arbovirus.fr))

Prélèvements demandés	Tube attendu	Volume	Envoi	Date de prélèvement	
<b>Systematique</b>					
Sérum	Tube sec avec gel 8,5mL	8mL (>5 ans) 5mL (<5ans)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sang total	Tube EDTA 8,5mL <b>NON</b> centrifugé	8mL (>5 ans) 5mL (<5ans)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> idem préc.
Écouvillon pharyngé	Tubes de 5mL ou 10mL avec milieu de transport, inactivé ou non inactivé	2mL minimum	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> idem préc.
Urine	Flacon stérile et étanche type ECBU	2mL minimum	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> idem préc.
<b>Si syndrome neurologique</b>					
LCS	Tube hermétique 2mL	1mL minimum	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> idem préc.
<b>Autres prélèvements envoyés</b>					
Nature	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> idem préc.

*Le non respect de ces conditions rend les prélèvements **non conformes**.***Recherche de paludisme** Positive  Négative  Non réalisée**Recherche d'arbovirus déjà réalisée :****Recherche de leptospirose** Positive  Négative  Non réalisée

Joindre le CR

**Recherche d'entérovirus** Positive  Négative  Non réalisée**Antécédents d'arbovirose :** **Arboviroses suspectées et commentaires**

*Le CNR des Arbovirus se réserve le droit de réaliser toutes les analyses pertinentes au vu des informations renseignées et du contexte épidémiologique.*  
**Attention :** Les résultats sont rendus **uniquement par email** au professionnel de santé nous transmettant les analyses. Celui-ci est seulement autorisé à utiliser la reproduction intégrale des comptes-rendus de résultats que le CNR des Arbovirus a émis et il ne peut pas faire référence à la marque Cofrac par d'autres moyens.