

FIÈVRE Q - INFECTIONS Á *Coxiella burnetii*



NOM :
 Prénom : Sexe :
 Date de naissance (âge à la date de prélèvement) : (ans)

Hôpital/Service/Région :
 Médecin/Biologiste Médical(e) :
 E-mail/Tél :

Important :
AUTRE(S) RENSEIGNEMENT(S)
CLINIQUE(S) ET/OU BIOLOGIQUE(S)
ET/OU RADIOLOGIQUE(S)

SUSPICION - DIAGNOSTIC

• Diagnostic de fièvre Q déjà connu ? oui non

• **Maladie**

- Date début de la maladie :
- Fièvre : oui non
- Cytolyse hépatique : oui non
- Pneumonie : oui non
- Inf ostéo-articulaire : oui non
- Lymphadénite : oui non
- Lymphome : oui non
- ETT : oui non
- ETO : oui non
- PET scan : oui non
- **Signes associés aux antiphospholipides**
- TCA allongé : oui non
- Endocardite aiguë : oui non
- Thrombose : oui non
- Méningite : oui non
- Cholécystite : oui non
- Syndrome d'activation macrophagique : oui non

TERRAIN Á RISQUE

- Valvulopathie : oui non ne sait pas
- Vasculaire : oui non ne sait pas
- Grossesse : oui non ne sait pas
- Immunodépression : oui non ne sait pas
 - VIH : oui non ne sait pas
 - Greffé : oui non ne sait pas
 - Autre → précisez SVP :
- Contact animaux : oui non ne sait pas
- Profession :
- Autre(s) → précisez SVP :

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX REÇU(S)

Anti-infectieux utilisé(s) :
 Date début :
 Durée (jours) :

RESULTAT(S) CONNU(S) AVANT ENVOI AU CNR

Sérologie/Technique :
 PCR/gène(s) ciblé(s) :