

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Laboratoire déclarant : 	IDENTIFICATION DU PATIENT*
Médecin & Service clinique de provenance : 	Nom de naissance :
EMAIL(s) du prescripteur OBLIGATOIRE (envoi du résultat) 	Nom marital :
	Prénom(s) :
	Date de naissance : ☐ H ☐ F ☐ Autre
	Lieu de résidence :
	Si qualification de greffe : ☐ CSH ☐ PMO ☐ Autre
	N° d'anonymat :

INFORMATION PREALABLE DU PATIENT
☐ 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) **s'oppose** à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les arbovirus.
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.

VOYAGES / DEPLACEMENTS au cours du mois précédent l'apparition des symptômes

France métropolitaine (département, ville)		Du		au	
DROM, COM		Du		au	
Autre (pays, ville)		Du		au	

SIGNES CLINIQUES	Date de début des signes :
-------------------------	---

☐ Asymptomatique
☐ Fièvre
☐ Céphalées
☐ Myalgies
☐ Arthralgies, arthrites

☐ Douleurs rétro-orbitaires
☐ Eruption cutanée
☐ Choc
☐ Signes hémorragiques

☐ Atteinte méningée
☐ Atteinte neurologique périphérique
☐ Atteinte neurologique centrale
☐ Ictère

Autre information clinique ou biologique :

CONTEXTES NOTABLES

Grossesse	☐ oui ☐ non	si oui, semaines d'aménorrhée :	
Immunodépression	☐ oui ☐ non	Piqûre de tique :	☐ oui ☐ non
		date :	

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)

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