

COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur																															
Adresse																															
CP						Ville																									
Téléphone											Télécopie																				
E mail																															

PATIENT

Nom																				
Nom d'épouse																				
Prénom																				
Né(e) le																				
Sexe	☐ F ☐ M																			
Profession :																				
Lieu d'habitation :																				

SERVICE CLINIQUE

Nom du ou des																				
Médecins																				
prescripteurs																				
Date de l'examen																				
Votre référence																				
Service/Unité																				
Sérologie N°																				

PRELEVEMENT(S)

Date et heure de prélèvement.

SIGNES CLINIQUES

1) ADENOPATHIES ? ☐ OUI ☐ NON

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

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ Cervical | ☐ Axillaire | ☐ Fémoro-poplitée |
| ☐ Céphalique | ☐ Epitrochléen | ☐ Abdominal |
| ☐ Supra-claviculaire | ☐ Inguinal | ☐ Thoracique |

2) AUTRES SIGNES :

- | | |
|---|--|
| ☐ Fièvre | ☐ Arthralgies ou myalgies |
| ☐ Altération de l'état général | ☐ Splénomégalie |
| ☐ Signes cutanés | ☐ Atteinte oculaire |
| ☐ Papules | ☐ Atteinte hépatique |
| ☐ Nodules | ☐ Signes neurologiques |
| ☐ Hémangiomes | ☐ Méningite |
| ☐ Sarcome de Kaposi | ☐ Endocardite |
| ☐ Erythème noueux | |

☐ Autres :

- DATE PRESUMEE D'INNOCULATION : - DATE PRESUMEE DES SIGNES CLINIQUES :

- PORTE D'ENTREE : NATURE ET LOCALISATION

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Chat | ☐ Contact simple | ☐ Morsure => Localisation : |
| ☐ Autre animal (précisez) : | | |
| ☐ Autre porte d'entrée (piqûre végétale, traumatisme, tique, puce, pou...) : | | |

- AUTRE ETIOLOGIE SUSPECTEE DE L'ADENOPATHIE :

- ☐ Néoplasie, etc (précisez) :

- TERRAIN :

- | | |
|---|---|
| ☐ Immunodépression virale | ☐ Toxicomanie |
| ☐ Immunodépression thérapeutique | ☐ Sans domicile fixe |

- ANTIBIOTHERAPIE :

- | | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|
| Avant le prélèvement | ☐ NON | ☐ OUI | Lequel : |
| Après le prélèvement | ☐ NON | ☐ OUI | Lequel : |