

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

DIAGNOSTIC DES ARBOVIROSES

A compter du 01/05/2015

Tampon du Laboratoire déclarant : Nom et téléphone du contact : N° Enregistrement/Labo :	Identification du Service Clinique de provenance : Nom et téléphone du contact : N° de dossier/patient :
Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : Sexe : M ☐ F ☐	
Examen demandé :	
Renseignements sur le patient : SEJOUR OUTRE-MER : oui ☐ non ☐ Si oui, LIEU : Durée du séjour : MOIS DATE DE RETOUR EN FRANCE :/...../..... (999 si résident) Lieu de prélèvement : Date :/...../..... DATE de début des signes cliniques :/...../..... TEMPS ECOULE DEPUIS LE DEBUT DES SYMPTOMES : moins de 5 j ☐ entre 5 et 7 j ☐ plus de 7 j ☐ SYMPTOMES : SYNDROME FEBRILE : oui ☐ non ☐ Céphalées, myalgies ☐ Rash ☐ Arthralgies ☐ Méningés ☐ Hémorragiques ☐ Douleurs rétro-orbitaires ☐ Neurologiques ☐ Rénaux ☐ Hépatiques ☐ Autres symptômes ? : Vaccination Fièvre jaune : oui ☐ non ☐ Date de la dernière vaccination :/...../..... Recherche de Paludisme : Positive ☐ Négative ☐ En cours ☐ Commentaires et remarques éventuels :	

Prélèvements :

- Sérologies, PCR et culture : Plasma prélevé sur tube EDTA de 5 ml à +4°C ou à T. ambiante par défaut.
- LCR (500 µl) : expédié congelé ou à +4°C par défaut.

Tél. : 04 91 61 79 14 / 10

CNR DES ARBOVIRUS – ERRIT

Fax : 04 91 61 75 53

Courriel : CNRarbovirus@irba.fr

Adresse postale :
HIA Laveran
CS 50004
13384 Marseille Cedex 13

Adresse de livraison :
HIA Laveran – Laboratoire de Biologie
34 boulevard Laveran
13013 MARSEILLE