DOCUMENT CONFIDENTIEL
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTAT PATHOLOGIQUE DU PATIENT

eurofins | Biomnis

Fiche de renseignements cliniques
Dengue / Chikungunya / West Nile / Zika

DIVISION INTERNATIONALE - 17/19, avenue Tony Garnier • BP 7322 • 69357 Lyon cedex 07
Tél. : **+33 (0)4 72 80 23 85** • Fax : **+33 (0)4 72 80 73 56** • E-mail : **serviceexport@eurofins.com**

MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE PRÉLEVEUR

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : .....
Hôpital/service : .....
Pays : .....
Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

Nom : .....
☐ Hôpital ☐ LBM
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Pays : .....
Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PATIENT

Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : .....
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Sexe : ☐ F ☐ M
CP : |_|_|_|_|_| Ville : ..... Pays : .....

NATURE DU PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement : |_|_|_|_|_|_|_|_|

DENGUE / CHIKUNGUNYA

☐ Sang ☐ Sérum
☐ Plasma

WEST NILE

☐ Sérum ☐ LCR
☐ Plasma ☐ Urines

ZIKA

☐ Urines ☐ Sang et dérivés sanguins
☐ Sperme ☐ Salive
☐ LCR ☐ Liquide amniotique

SIGNES CLINIQUES

Date de début des signes cliniques : |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Fièvre ☐ Arthralgie(s) ☐ Myalgie(s) ☐ Asymptomatique
☐ Céphalée(s) ☐ Douleur(s) rétro-orbitaire(s) ☐ Lombalgie(s) ☐ Rash cutané ☐ Signes neurologiques

Autres : .....

CONTEXTE

☐ **Grossesse :** ☐ OUI ☐ NON Date de grossesse : |_|_|_|_|_|_| **ou** Date des dernières règles : |_|_|_|_|_|_|
☐ **PMA +/- préservation de fertilité :** ☐ OUI ☐ NON

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Délai entre la date de début des signes cliniques et la date de prélèvement :

DENGUE / CHIKUNGUNYA

☐ J0-J7 (RT-PCR dans le sang ou ses dérivés)
☐ J5-J7 (RT-PCR + sérologie)
☐ > J7 (sérologie)

WEST NILE

☐ J0-J7 (RT-PCR dans plasma, sérum, urines, LCR) (jusqu'à J14 chez l'immunodéprimé)
☐ J5-J7 (RT-PCR + sérologie)
☐ > J7 (sérologie)
☐ Femmes enceintes ou allaitantes
☐ Donneurs de greffes cellulaires, tissulaires ou d'organes

ZIKA

☐ J0-J7 (RT-PCR dans le sang et les urines)
☐ J7-J10 (RT-PCR dans les urines)
☐ > J5 (sérologie)
☐ Sperme

Faire un bon de demande en conséquence.

Le patient réside-t-il en zone endémique ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, dans quel pays ou département d'outre-mer (Zika) ? .....
Dans les 15 jours précédant le début des signes, le patient a-t-il voyagé ? ☐ OUI ☐ NON Date de retour : |_|_|_|_|_|_|
Si oui, dans quel(s) pays, DOM ou collectivités d'outremer ? .....
Si le patient n'a pas voyagé : réside-t-il dans un département concerné par le plan annuel anti-dissémination ?
☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Si NSP : Code Postal du patient : |_|_|_|_|_|

***Liste des pays touchés par le Zika dans les 9 derniers mois (source : ECDC) :*
Barbade, Bolivie, Brésil, Cap Vert, Colombie, Costa Rica, Curaçao, République Dominicaine, Equateur, îles Fidji, Guinée Française, Guadeloupe, Guatemala, Guyane, Haïti, Honduras, Maldives, îles Marshall, Martinique, Mexique, Nouvelle Calédonie, Nicaragua, Panama, Paraguay, Puerto Rico, Saint Martin, El Salvador, Samoa, îles Salomon, Suriname, Thaïlande, îles Tonga, Trinidad et Tobago, Venezuela et îles vierges (US)

R28-INTFR - Août 2019