eurofins | Biomnis

Fiche de renseignements cliniques
Infectiologie

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 : **international@biomnis.com**

MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE PRÉLEVEUR

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : .....
Hôpital/service : .....
.....
Tél. : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
Fax : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

Nom : .....
☐ Hôpital ☐ LBM
CP : ☐☐☐☐☐ Ville : .....
Pays : .....
Tél. : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
Fax : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
Email : .....

PATIENT*

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

**Toutes ces informations sont obligatoires pour la prise en charge de la demande.*

PRÉLÈVEMENT

Nature du prélèvement : .....
.....

Date de prélèvement : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

SIGNES CLINIQUES

Date de début des signes cliniques : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nature des symptômes

☐ Digestifs ☐ Rénaux ☐ Oculaires
☐ Respiratoires ☐ Urogénitaux ☐ Ganglionaires
☐ Cardiaques ☐ Neurologiques ☐ Musculaires
☐ Cutanés ☐ Articulaires ☐ Autres : .....

Evolution : .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Délai entre date de début des signes cliniques et date de prélèvement : ☐☐ jours
Antécédents : .....
Immunodépression : ☐ OUI ☐ NON Grossesse : ☐ OUI ☐ NON
Séjour à l'étranger (préciser le pays et dater) : ..... le ☐☐ ☐☐ ☐☐
Contact avec animal (préciser et dater) : ..... le ☐☐ ☐☐ ☐☐
Piqûre ou morsure d'anthropode (préciser et dater) : ..... le ☐☐ ☐☐ ☐☐
Contact avec eau douce (préciser et dater) : ..... le ☐☐ ☐☐ ☐☐
Autres : .....
Vaccinations : .....

THÉRAPEUTIQUE

Date d'instauration : .....
Nature : .....