

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

MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE PRÉLEVEUR

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :
Hôpital/service :
Tél. :
Fax :

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

Nom :
 Hôpital LBM
CP : Ville :
Tél. :
Fax :

PATIENT*

Nom : Prénom : Nom de naissance :
Date de naissance : Sexe : F M
CP : Ville :

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

NATURE DU PRÉLÈVEMENT

Sang Plasma Sérum Urines
 LCR Salive Liquide amniotique

Date de prélèvement :

CAS PARTICULIER À PRÉCISER - sans case cochée pour le contexte, l'analyse Zika sur sperme et dérivés sera hors nomenclature

Sperme Plasma séminal Sperme fraction final : NABM HN

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 :