

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LE DIAGNOSTIC DE VIRUS ZIKA

femmes enceintes avec suspicion d'infection à Zika

Médecin / sage-femme / Service prescripteur :

Nom et prénom de la patiente :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de contamination présumé : Date de vaccination anti-marielle : ____ / ____ / ____

INFORMATION PREALABLE DU PATIENT

En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi Informatique et Liberté, le patient doit être informé de l'utilisation possible des échantillons biologiques collectés et des données associées (dans le respect de la confidentialité) par le CNR des arbovirus et ses partenaires à des fins de recherches, en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les arbovirus. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche. Suite à cette information, le patient (ou pour les mineurs : le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle : le tuteur) : **s'oppose** ou **ne s'oppose pas** à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les arbovirus.

Adresse du patient (obligatoire pour permettre l'intervention du SDD en cas de diagnostic positif) :
.....
.....

CONTEXTE :

Suspicion d'infection par le virus ZIKA chez une femme enceinte : terme de la grossesse :SA

C1 **Tableau infectieux chez la mère :**

Date de début des symptômes : ____ / ____ / ____

Signes cliniques : Exanthème Fièvre (à préciser) :°C

Hyperhémie conjonctivale Myalgies Arthralgies

Autres : Cas sévère, hospitalisation :

C2 **Anomalie échographique :**

C3 **MFIU** (mort fœtale in utero)

PRELEVEMENTS / ANALYSES

Nature et date de prélèvement :

Sérum (1 tube sec) ET

Plasma (1 tube EDTA)

____ / ____ / ____

Analyse(s) demandée(s) au CNR:

RT-PCR ZIKA si plvt < 5j du début des signes

+/- **RT-PCR Dengue** et **RT-PCR Chikungunya** si non réalisées ailleurs

Sérologie (Dengue, Zika, Chikungunya)

PLUS

(Cas 1) **Urines** si plvt < 11j du début des signes : ____ / ____ / ____

(Cas 2) **Liquide Amniotique** : ____ / ____ / ____

(Cas 3) **Placenta** voire **Autre** : ____ / ____ / ____

RT-PCR ZIKA



Centre National de Référence des arbovirus
Laboratoire associé

Dominique ROUSSET 05 94 29 26 09

Séverine MATHEUS 05 94 29 58 12

Antoine ENFISSI 05 94 29 51 13

Télécopie 05 94 29 58 09

Cachet du laboratoire transmetteur