

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

SURVEILLANCE SEROLOGIQUE DU VIRUS ZIKA

EN COURS DE GROSSESSE / A L'ACCOUCHEMENT / AU NOUVEAU-NE

Médecin / Sage-femme / Service prescripteur :

Nom et prénom de la patiente :

Date de naissance : ____/____/____ Date de vaccination anti-marielle : ____/____/____

Nom et prénom du nouveau-né :

Date de naissance : ____/____/____

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.

PRELEVEMENT SERUM

Date : ____/____/____

Terme de la grossesse : SA
(à renseigner obligatoirement)

Informations complémentaires (utiles pour l'interprétation) :

- Prélèvement du 1^{er} trimestre
- Prélèvement du 2^{ème} trimestre
- Prélèvement mère à l'accouchement
- Prélèvement sang du cordon
- Prélèvement nouveau-né (1ml)

Résultat de sérologie DENGUE si disponible :

Date : ____/____/____ résultat IgM/IgG : ____/____

ATCD : suspicion clinique ou ATCD d'infection à virus ZIKA?

Date : ____/____/____ et lieu de contamination présumée :



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