

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LE DIAGNOSTIC DES ARBOVIRUS

**SURVEILLANCE SENTINELLE :**  Oui  Non

Médecin prescripteur / Service prescripteur : .....

Nom et prénom du patient : ..... Date de naissance : .....

Sexe :  F  M Lieu de contamination présumé : .....

Date de vaccination antiamarile : .....

### 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) :  
.....  
.....

**Date de début de maladie :** .....

**Date de prélèvement :** .....

**Nature du prélèvement :**  **Sérum** (tube sec)  **Urines**  
 **Plasma** (tube EDTA exclusivement)  **Autre :** .....

### Signes cliniques :

- |  |   |                                    |   |
|--|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Céphalées             | <input type="checkbox"/> Myalgies                   | <input type="checkbox"/> Nausées   | <input type="checkbox"/> Diarrhées                |
| <input type="checkbox"/> Pétéchies             | <input type="checkbox"/> Hématomes                  | <input type="checkbox"/> Epistaxis | <input type="checkbox"/> Hyperhémie conjonctivale |
| <input type="checkbox"/> Exanthème             | <input type="checkbox"/> Arthralgies (à préciser) : |                                    |   |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : |   |                                    |   |

Cas sévère, hospitalisation :

**Notion de déplacement dans les 15 jours avant le début de maladie :**  OUI  NON

Si oui, lieu : .....

**Analyse(s) demandée(s) :**  
.....  
.....

Centre National de Référence des arbovirus  
Laboratoire associé

Dominique ROUSSET 05 94 29 26 09  
Anne LAVERGNE 05 94 29 58 01  
Antoine ENFISSI 05 94 29 51 13  
Télécopie 05 94 29 58 09

Cachet du laboratoire transmetteur