DOCUMENT CONFIDENTIEL
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTAT PATHOLOGIQUE DU PATIENT

eurofins | Biomnis

Fiche de renseignements cliniques
Dengue / Chikungunya / 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

Date de prélèvement : |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Sang ☐ Plasma ☐ Sérum ☐ Urines
☐ LCR ☐ Salive ☐ Liquide amniotique

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 ET CHIKUNGUNYA

☐ Entre J0 et J7 (recherche par RT-PCR dans le sang ou ses dérivés)
☐ Entre J5 et J7 (RT-PCR associée au test sérologique)
☐ Au-delà de J7 (sérologie)

ZIKA

☐ J0-J7 (recherche par RT-PCR dans le sang et les urines)
☐ J7-J10 (recherche par RT-PCR dans les urines)
☐ > J5 (sérologie)
☐ Sperme

Faire une 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 : |_|_|_|_|_|