FICHE PATIENT PCR MONKEYPOX VIRUS

CHU Dijon Bourgogne, Laboratoire de Virologie
2 rue Angélique Ducoudray
BP 37013
21070 DIJON CEDEX
☎ 03.80.29.57.01

Informations Patients	**Etiquette Patient**
Nom/Prénom :	
DDN: / / Sexe: ☐ M ☐ F	
Date de début des symptômes: / /	
Pathologie suspectée:	**Prescripteur**
Vaccin antivariolique? ☐ NON ☐ OUI date: / /	
☐ Refus d'utilisation à des fins de recherche en santé publique.	

Signes cliniques:
Description et siège de la lésion cutanée:

Traitement déjà suivis, en cours ou à suivre, antécédents virologique, immunodépression:

Notion de voyage, notion de contact avec des animaux…

Echantillons

Date de prélèvement : / / Heure de Prélèvement :

Préleveur:

Nombre de tubes	Type	Analyse
		PCR MONKEYPOX VIRUS