

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## DIAGNOSTIC DES ARBOVIROSES

Tampon <b>du Laboratoire</b> déclarant :	Identification du <b>Service clinique</b> de provenance :	
<b>Nom et téléphone du Contact :</b> <b>N° Enregistrement/Labo :</b>	<b>Nom et téléphone du contact :</b> <b>N° de dossier/patient :</b>	
<b>Nom de naissance :</b> ..... <b>Prénom :</b> .....		
<b>Date de naissance :</b> ...../...../..... <b>Sexe :</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
<b>Examen demandé :</b> .....		
<b>Renseignement sur le Patient :</b>		
<b>SEJOUR OUTRE-MER :</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>Si oui, LIEU :</b> .....		
<b>Durée du séjour :</b> .....jours / semaines / mois <b>DATE DE RETOUR EN FRANCE :</b> ...../..... / .....		
<i>(999 si résident)</i>		
<b>Lieu de prélèvement :</b> ..... <b>DATE de prélèvement :</b> ...../...../ 20.....		
<b>DATE de début des signes cliniques :</b> ...../ ..... / 20.....		
<b>SYMPTOMES :</b> <b>SYNDROME FEBRILE :</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Céphalées, myalgies <input type="checkbox"/>	Rash cutané <input type="checkbox"/>	Arthralgies <input type="checkbox"/>
Méningés <input type="checkbox"/>	Hémorragiques <input type="checkbox"/>	Douleurs retro-orbitaires <input type="checkbox"/>
Neurologiques <input type="checkbox"/>	Rénaux <input type="checkbox"/>	Hépatiques <input type="checkbox"/>
<b>Autres symptômes ? :</b> .....		
<b>Grossesse :</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>si oui, date de grossesse :</b> .....		
<b>Vaccination Fièvre Jaune :</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>Date de la dernière vaccination :</b> ...../...../.....		
<b>Recherche de Paludisme :</b> Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Non réalisée <input type="checkbox"/>		
<b>Commentaires et remarques éventuels :</b> .....		
.....		
.....		
.....		
.....		

**Prélèvements :**

- Plasma sur tube EDTA ou sérum sur tube sec avec gel expédié à +4°C ou à T. ambiante par défaut.
- Buvard : minimum 2 spots de 50 µl expédié à T. ambiante.
- Urine : 1 ml expédié à +4°C.
- LCR (500 µl) : expédié congelé ou à + 4° C par défaut.

**CNR DES ARBOVIRUS - ERRIT**

Tél. : 04 91 61 79 10 / 14

Fax : 04 91 61 75 53

Courriel : [CNRRarbovirus@irba.fr](mailto:CNRRarbovirus@irba.fr)**Adresse postale :**

HIA Laveran  
CS 50004  
13384 Marseille Cedex 13

**Adresse de livraison :**

HIA Laveran – Laboratoire de Biologie  
34 bd Laveran  
13013 Marseille

Attention : Les résultats sont rendus **uniquement par fax** au laboratoire nous transmettant les analyses.