

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ARBOVIROSES

V : 05/04/2019

Laboratoire déclarant : Service clinique de provenance ou Médecin prescripteur :	IDENTIFICATION PATIENT Nom de naissance : Nom marital : Prénom(s) : Date de naissance : / / M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Lieu de résidence :
--	--

INFORMATION PREALABLE DU PATIENT

Cocher la case si le patient (ou pour les mineurs : le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle : le tuteur) **s'oppose** à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les arbovirus.

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.

DATE DE DEBUT DES SIGNES :/...../ **DATE de prélèvement :**/...../

SIGNES CLINIQUES OU BIOLOGIQUES :

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Fièvre <input type="checkbox"/> | Céphalées <input type="checkbox"/> | Eruption cutanée <input type="checkbox"/> |
| Arthralgies <input type="checkbox"/> | Myalgies <input type="checkbox"/> | Douleurs retro-orbitaires <input type="checkbox"/> |
| Méningés <input type="checkbox"/> | Neurologiques <input type="checkbox"/> | Hémorragiques <input type="checkbox"/> |
| Rénaux <input type="checkbox"/> | Hépatiques <input type="checkbox"/> | |

Autres symptômes ? :

GROSSESSE : oui non si oui, semaines d'aménorrhée : sem.

SEJOURS AU COURS DU MOIS PRECEDENT L'APPARITION DES SYMPTOMES : oui non

- **En France** → préciser Département : du/..... / au/..... /
- **Hors Métropole** → préciser Pays : du/..... / au/..... /

VACCINATIONS :

- Fièvre Jaune (YF) Date :/...../..... Encéphalite Japonaise (EJ) Date :/...../.....
 Encéphalite à tiques (TBE) Date :/...../.....

RECHERCHE DE PALUDISME : Positive Négative Non réalisée

ARBOVIROSES SUSPECTÉES et COMMENTAIRES :

.....

*Le CNR des Arbovirus se réserve le droit de réaliser toutes les analyses pertinentes au vu des informations renseignées et du contexte épidémiologique. Attention : Les résultats sont rendus **uniquement par fax** au laboratoire nous transmettant les analyses.*

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 et sperme : 1 ml expédié à +4°C.
- LCR (500 µl) : expédié congelé ou à +4° C par défaut.

CNR DES ARBOVIRUS – IRBA Unité Virologie

☎ 04 13 73 21 81 ☎ 04 13 73 21 82

Courriels :

isabelle.leparcgoiffart@gmail.com
mgalla.irba@gmail.com
gildagard.irba@gmail.com
drquillaumedurand@gmail.com

Adresse de livraison :
 IHU Méditerranée Infection
 CNR Arbovirus-IRBA
 19,21 Boulevard Jean Moulin
 13005 Marseille