

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ARBOVIROSES

V : 05/04/2019

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

**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](mailto:isabelle.leparcgoiffart@gmail.com)  
[mgalla.irba@gmail.com](mailto:mgalla.irba@gmail.com)  
[gildagard.irba@gmail.com](mailto:gildagard.irba@gmail.com)  
[drquillaumedurand@gmail.com](mailto:drquillaumedurand@gmail.com)

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