biomnis
BIOLOGIE MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Fiche de renseignements cliniques PCR dengue et/ou chikungunya

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 jeune fille : .....

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐ Sexe : ☐ M ☐ F

Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

**Toutes ces informations sont obligatoires pour la prise en charge de la demande.*

PRÉLÈVEMENT

Nature du prélèvement : .....

.....

Date de prélèvement : ☐☐ ☐☐ ☐☐

SIGNES CLINIQUES

Date de début des signes cliniques : ☐☐ ☐☐ ☐☐

☐ Fièvre › 38.5° ☐ Arthralgie(s) ☐ Myalgie(s)

☐ Céphalée(s) ☐ Douleur(s) rétro-orbitaire(s) ☐ Lombalgie(s)

Autres :.....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Délai entre date de début des signes cliniques et date de prélèvement :

☐ égal ou moins de 7 jours ☐ plus de 7 jours

Attention : si le délai est supérieur à 7 jours, le diagnostic ne peut être réalisée par RT-PCR mais reste possible par la mise en évidence des anticorps IgM anti-dengue ou IgM anti-chikungunya par EIA (acte 1707 - itératif 3707). Faire une demande en conséquence.

Dans les 15 jours précédant le début des signes, le patient a-t-il voyagé ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, dans quel(s) pay(s), 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 : ☐☐☐☐☐

**Ces informations sont obligatoires pour la prise en charge de la demande.*