Institut Pasteur

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
FIEVRES HEMORRAGIQUES VIRALES et VIROSES APPARENTEES

HÔPITAL :
Service :

Médecin :
Tél :
Fax confidentialisé :

PATIENT
Nom : **Prénom** :
Date de naissance : ____/___/___ M □ F □

Activité professionnelle :
Domicile (commune, dép.) :
Code postal : |__|__|__|__|__|

DATE DE DEBUT DES SYMPTÔMES : _____/___/____ Date hospitalisation : ____/___/___

SIGNES CLINIQUES

- fièvre □
- céphalées □
- nausées □
- vomissements □
- douleurs abdominales □
- diarrhées □
- éruption □
- myalgies □
- arthralgies □
- méningite □
- encéphalite □
- troubles oculaires □
- signes hémorragiques □ *(préciser)* ……..
- autres signes □ *(préciser)* ……

VOYAGES AU COURS DU MOIS PRECEDENT

EN FRANCE □
Région(s) :
Date retour :

A L'ETRANGER □
Pays :
Date retour :

VACCINATIONS

Fièvre jaune (YF) □ Année :
Hépatite A □ Année :
Hépatite B □ Année :
Encéphalite japonaise (JE) □
Encéphalite à tiques (TBE) □

BIOLOGIE

Paludisme : goutte épaisse : nég □ pos □
détection d'Ag : nég □ pos □

Thrombopénie oui □ non □
ALAT/ASAT élevées oui □ non □

Leptospirose :
Rickettsiose :

LCR :

PRELEVEMENTS : DATE : __/___/____

Sang □ LCR □ urines □ biopsie(s) □ *(préciser)* ……

REMARQUES : Viroses suspectées :

Questionnaire à retourner à :
CNR des Fièvres Hémorragiques Virales
21 avenue Tony Garnier 69365 LYON cedex 07
Tel: 04 37 28 24 40 *Fax*: 04 37 28 24 51

(droits d'accès et de rectification auprès du CNR des Fièvres Hémorragiques Virales (loi du 6 janvier 1978)