



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES DEVANT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'ANALYSE**

*Fiche à retourner au CNR de la Leptospirose, Institut Pasteur, 28 rue du Docteur Roux, 75724 Paris cedex 15*

*Tel : 01 45 68 83 37 – Fax : 01 40 61 30 01*

**Cachet du Laboratoire ou Service hospitalier**

**Patient**

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Lieu d'habitation : .....

Profession : .....

. **Type d'échantillon** : ☐ Sang ☐ Sérum ☐ Urine ☐ LCR ☐ Culture

. **Analyse demandée** : ☐ Sérologie ☐ PCR ☐ Culture ☐ Identification

**. Symptomatologie :**

**Date de début de la maladie** : .....

**Date et heure du prélèvement** : .....

☐ Syndrome fébrile

☐ Atteinte rénale

☐ Syndrome méningé

☐ Ictère

☐ Syndrome algique

☐ Atteinte hépatique

☐ Injection conjonctivale

☐ Atteinte pulmonaire

☐ Vomissements

☐ Taux de plaquettes : .....

☐ Diarrhée

☐ CRP : .....

☐ Atteinte oculaire

☐ Autres à préciser : .....

☐ Blessure ou écorchure dans le mois précédant la maladie

. **Contact avec les animaux** : ☐ Oui ☐ Non

**Si oui,**

☐ Rongeurs

☐ Rats

☐ Chiens

☐ Bovins

☐ Chevaux

☐ Porcs

☐ Autres : .....

. **Contact avec l'eau douce** : ☐ Oui ☐ Non . **Contact avec terre humide** : ☐ Oui ☐ Non

**Nature** : ☐ Rivière ☐ Lac ou étang ☐ Autre : ..... Si oui lieu et date : .....

**. Activités à risques :**

☐ Bain

☐ Chute accidentelle

☐ Canoë, kayak, rafting, canyoning

☐ Trail

☐ Pêche

☐ Chasse

☐ Jardinage

. **Voyage en pays d'endémie le mois précédent** : ☐ Oui ☐ Non

**Si oui, Lieu** : ..... **Date** : .....

. **Traitement antibiotique** : ☐ Oui ☐ Non

**Nature et date** : .....

*"En vertu de l'article L 1211-2 du Code de la Santé Publique et de la Loi Informatique et Liberté, les échantillons pourront être utilisés à des fins de recherches, en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les leptospiroses, si le patient ne s'y oppose pas."*