

Déficit moteur localisé :
Convulsions :
Paresthésie :
Mouvements anormaux :

Autres signes cliniques

Dysphagie : Dysphonie :
Hypersalivation :
Signes ORL ou respiratoire : préciser :
Signes digestifs : préciser :
Signes cutanés : préciser :
Signes hépatiques : préciser :
Signes rénaux : préciser :
Autres signes :

SIGNES BIOLOGIQUES:

Marqueurs sanguins

Anomalies NFS principales :
Anomalies biochimiques principales :
Marqueurs de l'inflammation présents (IFN, CRP, VS, etc.) :

Marqueurs LCR

Protéinorachie anormale :
Glycorachie anormale :
Biochimie anormale : : préciser si lactate : chlorure :
Taux de leucocytes anormal :

Bilan microbiologique

Principaux examens réalisés/en cours : Virologiques :
Bactériologiques :
Parasitaires :

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Voyages au cours des 3 mois précédents :

En FRANCE Région(s) : Date retour : ___/___/___ Durée du séjour: jours
(hors Métropole)
A L'ETRANGER Pays : Date retour : ___/___/___ Durée du séjour: jours

Vaccination :

Vaccination récente (< 3 mois) : , préciser :
Antécédent de vaccination rage : , préciser la (les) date (s) :

Exposition à des animaux sauvages ou domestiques

Morsures/griffures:
 préciser animal : pays d'exposition : date d'exposition :
Contact avec chauve-souris :
 préciser nature du contact : date d'exposition :

REMARQUES EVENTUELLES :

Référence	Version	Date
RR00101-04	E	19/01/18

Renseignements associés aux prélèvements biologiques transmis (cocher et compléter pour chaque prélèvement fourni)

BIOPSIE CUTANEE (au niveau des follicules pileux de la nuque, sur tube sec)

Date et heure :/..../.... à ...h...

Référence :

SALIVES SEQUENTIELLES (sur tube sec)

Salive n°1 Date et heure :/..../.... à ...h...

Référence :

Nature du prélèvement (*barrer la mention inutile*) : écouvillon / recueil liquide

Salive n°2 Date et heure :/..../.... à ...h...

Référence :

Préciser le type du prélèvement (*barrer la mention inutile*) : écouvillon / recueil liquide

Salive n°3 Date et heure :/..../.... à ...h...

Référence :

Préciser le type du prélèvement (*barrer la mention inutile*) : écouvillon / recueil liquide

SERUM (sur tube sec)

Date et heure :/..../.... à ...h...

Référence :

LCR (sur tube sec)

Date et heure :/..../.... à ...h...

Référence :

Autre(s) prélèvement(s)

Nature :

Nature :

Date et heure :/..../.... à ...h...

Date et heure :/..../.... à ...h...

Référence :

Référence :

Nombre total de prélèvements expédiés :

Merci pour votre aide et pour votre collaboration !!!

RESERVE AU CNRR :

Date et heure de réception :/..../.... à ...h...

Par :

Nombre de prélèvements reçus :

Etat des prélèvements à réception : conforme

non conforme

Motif :

Code patient :

Référence	Version	Date
RR00101-04	E	19/01/18