Bureau de veille sanitaire
Direction de la Santé
Tél : 48.82.01 fax : 48.82.12

Laboratoire de biologie médicale
Institut Louis Malardé
Tél : 41.64.56 Fax : 41.64.94

Fiche de renseignements cliniques
Syndrome du au virus ZIKA

Fiche de renseignements devant accompagner toute demande d'examen destiné au laboratoire ILM

PRELEVEMENTS A REALISER AVANT J 5 – A CONSERVER A + 4°C

Identification du prescripteur :
Nom : ……
Téléphone/ fax : ……

Tampon professionnel et signature

Identification du patient :
Nom : …… Prénom : ……
Sexe : O M O F Date de Naissance : ……/……/……
Adresse géographique : …… Téléphone : ……
Autre cas au domicile dans la semaine précédente (si oui, combien) : ……

Demande de diagnostic de ZIKV (par PCR)
Date de début des signes : ……/……/……
Date de prélèvement : ……/……/……

soit **J ….**

Type de prélèvement :
O Sang veineux *(1 tube EDTA et 1 tube sec)*
O Sang capillaire *(sur micro-tube fourni par l'ILM)*
O Prélèvement salivaire *(crachat dans un pot à ECBU à conserver dans un sachet à part)*
O Autre (préciser : ……)

Renseignements cliniques - Veuillez compléter le tableau suivant par des croix, pour décrire l'apparition et la durée des signes cliniques.

Exemple : asthénie de J1 à J4 ->

Asthénie		X	X	X	X	X			

Signes cliniques	NON	OUI	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7
Asthénie									
Fièvre (< 38,5°C)									
Eruption maculo-papuleuse érythémateuse									
Hyperhémie conjonctivale									
Œdèmes des mains et/ou des pieds									
Arthralgies (préciser :……)									
Myalgies (préciser :……)									
Céphalées									
Signes digestifs (préciser :……)									
Vertiges									
Douleurs rétro-orbitaires									
Adénopathies									
Ulcérations buccales, aphtes									
Signes ORL (mal de gorge, toux, …)									
Autres (préciser : ……)									

Comorbidités : ……

Antécédents de dengue :

Depuis février 2013 : O Oui O Non si oui, confirmée (PCR/AgNS1/IgM) : O Oui O Non

Avant février 2013 : O Oui O Non