

Laboratoire déclarant : <input type="text"/> Service clinique de provenance ou Médecin prescripteur : <input type="text"/>	IDENTIFICATION PATIENT Nom de naissance : <input type="text"/> Nom marital : <input type="text"/> Prénom(s) : <input type="text"/> Date de naissance : <input type="text"/> <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Lieu de résidence : <input type="text"/>												
INFORMATION PREALABLE DU PATIENT <input type="checkbox"/> Cocher la case si le patient (ou pour les mineurs : le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle : le tuteur) s'oppose à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les arbovirus. <i>En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi Informatique et Liberté, le patient doit être informé de l'utilisation possible des échantillons biologiques collectés et des données associées (dans le respect de la confidentialité) par le CNR des Arbovirus et ses partenaires à des fins de recherches, en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les arbovirus. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche.</i>													
DATE DE DEBUT DES SIGNES : <input type="text"/> DATE de prélèvement : <input type="text"/>													
SIGNES CLINIQUES OU BIOLOGIQUES : <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Fièvre <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Céphalées <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Eruption cutanée <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Arthralgies <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Myalgies <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Douleurs retro-orbitaires <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Méningés <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Neurologiques <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Hémorragiques <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Rénaux <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Hépatiques <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> Autres symptômes ? : <input type="text"/> GROSSESSE : oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> si oui, semaines d'aménorrhée : <input type="text"/> sem.		Fièvre <input type="checkbox"/>	Céphalées <input type="checkbox"/>	Eruption cutanée <input type="checkbox"/>	Arthralgies <input type="checkbox"/>	Myalgies <input type="checkbox"/>	Douleurs retro-orbitaires <input type="checkbox"/>	Méningés <input type="checkbox"/>	Neurologiques <input type="checkbox"/>	Hémorragiques <input type="checkbox"/>	Rénaux <input type="checkbox"/>	Hépatiques <input type="checkbox"/>	
Fièvre <input type="checkbox"/>	Céphalées <input type="checkbox"/>	Eruption cutanée <input type="checkbox"/>											
Arthralgies <input type="checkbox"/>	Myalgies <input type="checkbox"/>	Douleurs retro-orbitaires <input type="checkbox"/>											
Méningés <input type="checkbox"/>	Neurologiques <input type="checkbox"/>	Hémorragiques <input type="checkbox"/>											
Rénaux <input type="checkbox"/>	Hépatiques <input type="checkbox"/>												
SEJOURS AU COURS DU MOIS PRECEDENT L'APPARITION DES SYMPTOMES : oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>													
- En France → préciser <u>Département</u> : <input type="text"/> du <input type="text"/> au <input type="text"/> - Hors Métropole → préciser <u>Pays</u> : <input type="text"/> du <input type="text"/> au <input type="text"/>													
VACCINATIONS : <input type="checkbox"/> Fièvre Jaune (YF) Date : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Encéphalite Japonaise (EJ) Date : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Encéphalite à tiques (TBE) Date : <input type="text"/>													
RECHERCHE DE PALUDISME : Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Non réalisée <input type="checkbox"/>													
ARBOVIROSES SUSPECTÉES et COMMENTAIRES : <input type="text"/>													

Le CNR des Arbovirus se réserve le droit de réaliser toutes les analyses pertinentes au vu des informations renseignées et du contexte épidémiologique. **Attention** : Les résultats sont rendus **uniquement par fax** au laboratoire nous transmettant les analyses. Celui-ci est seulement autorisé à utiliser la reproduction intégrale des comptes-rendus de résultats que le CNR des Arbovirus a émis et il ne peut pas faire référence à la marque Cofrac par d'autres moyens.

Prélèvements :

- Plasma sur tube EDTA ou sérum sur tube sec avec gel : expédié à +4°C ou à T. ambiante par défaut.
- Buvard : minimum 2 spots de 50 µl expédié à T. ambiante.
- Urine et sperme : 1 ml expédié à +4°C.
- LCR (500 µl) : expédié congelé ou à +4° C par défaut.

Courriels :

cnr-arbovirus.u1207@inserm.fr
isabelle.leparc-goffart@inserm.fr
gilda.grard@inserm.fr
guillaume.durand@inserm.fr