

BARTONELLA

Patient

NOM : NOM de naissance :
Prénom : Sexe :
Date de naissance (âge à la date de prélèvement) : **(ans)**

Expéditeur

Hôpital/Service/Région :
Médecin/Biologiste Médical(e) :
E-mail/Tél :

SUSPICION - DIAGNOSTIC

- Fièvre : oui non
- **Maladie des griffes du chat** : oui non
 - Sites ganglionnaires → précisez SVP :
- **Sans Domicile Fixe** : oui non
 - Asymptomatique : oui non
 - Symptomatique : oui non
- **Valvulopathie** : oui non
- **Fièvre des tranchées** : oui non
- **Endocardite infectieuse** : oui non
- **Angiomatose bacillaire** : oui non
- **Péliose hépatique** : oui non
- **Encéphalite** : oui non
- **Rétinite** : oui non
- **Hépatosplénomégalie** : oui non
- **Autre tableau clinique** → précisez SVP :

FACTEURS DE RISQUE

- **Contact avec des chats** : oui non
 - Griffures : oui non
 - Morsures : oui non
 - Puces de chat : oui non
- **Punaises de lit** : oui non
- **Poux de corps** : oui non
- **Poux de tête** : oui non
- **Immunodépression** : oui non
 - VIH : oui non
 - Greffé : oui non
 - Autre → précisez SVP :

TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX REÇU(S)

Anti-infectieux utilisé(s) :
Date début :
Durée (jours) :

RESULTAT(S) CONNU(S) AVANT ENVOI AU CNR

Sérologie/Technique :
PCR/gène(s) ciblé(s) :

Important :
**AUTRE(S) RENSEIGNEMENT(S)
CLINIQUE(S) ET/OU BIOLOGIQUE(S)
ET/OU RADIOLOGIQUE(S)**