

# FIÈVRE Q - INFECTIONS Á *Coxiella burnetii*

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

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

## SUSPICION - DIAGNOSTIC

- Diagnostic de fièvre Q déjà connu ? oui  non
- **Maladie**
  - Date début de la maladie :
  - Fièvre : oui  non
  - Cytolyse hépatique : oui  non
  - Pneumonie : oui  non
  - Inf ostéo-articulaire : oui  non
  - Lymphadénite : oui  non
  - Lymphome : oui  non
- ETT : oui  ..... non
- ETO : oui  ..... non
- PET scan : oui  ..... non
- **Signes associés aux antiphospholipides**
  - TCA allongé : oui  ..... non
  - Endocardite aiguë : oui  ..... non
  - Thrombose : oui  ..... non
  - Méningite : oui  ..... non
  - Cholécystite : oui  ..... non
  - Syndrome d'activation macrophagique : oui  non

## TERRAIN Á RISQUE

- Valvulopathie : oui  ..... non  ne sait pas
- Vasculaire : oui  ..... non  ne sait pas
- Grossesse : oui  ..... non  ne sait pas
- Immunodépression : oui  ..... non  ne sait pas 
  - VIH : oui  non  ne sait pas
  - Greffé : oui  ..... non  ne sait pas
  - Autre → précisez SVP :
- Contact animaux : oui  ..... non  ne sait pas
- Profession :
- Autre(s) → 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)**