

RICKETTSIES

Patient

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

• Antécédents cliniques/chirurgicaux :

SYMPTOMATOLOGIE

- Symptomatique : oui → date de début : non
- Fièvre : oui non
- Myalgies/Courbatures : oui non
- Céphalées : oui non
- Escarre(s) : oui non
- Unique : oui non
 - Multiples : oui non
 - Localisation(s) → précisez SVP :
 - Nérotique(s) : oui non
 - Autre aspect → précisez SVP :
- Eruption(s) cutanées (s) : oui aspect : non
- Adénopathie(s) : oui non
- Localisation :
- Autres manifestations cliniques :

Expéditeur

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

FACTEURS DE RISQUE

- Profession :
- Notion de voyage/safari : oui non
- Pays visité(s) :
 - Durée de séjour :
 - Date de retour :
 - Autre(s) précision(s) :
- Cas similaires dans entourage : oui → combien : qui ? non
- Piqûre de tique : oui → merci de nous l'envoyer pour expertise non
- Unique : oui non
 - Multiples : oui non
 - Localisation :
- 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)