



**CNR LE ORTHOPOXVIRUS**  
 IRBA, Département Microbiologie et Maladies Infectieuses  
 Unité de Virologie  
 1 Place Valérie André 91220 Brétigny sur Orge  
 ☎ 06 03 87 58 59 ; ✉ [irba-cnropv.accueil.fct@def.gouv.fr](mailto:irba-cnropv.accueil.fct@def.gouv.fr)



## Fiche de Renseignement Patient CNR LE Orthopoxvirus

Cadre réservé CNR :

Date et Heure de réception : .....

Numéro d'enregistrement : .....

### PATIENT\* (ou coller étiquette)

NOM de naissance :

NOM usuel :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :  M  F

### Prescripteur\* (recevra les résultats pour exploitation) :

. Service :

. Tél. :

. Adresse mail :

**SUSPICION :**  Orthopoxvirus :

Parapoxvirus  Molluscipoxvirus  Autres Chordopoxvirinae

**Prélèvements\*** (Cf WEB003\_Fiche Conseil Prélèvement ; WEB002\_Contrat Clinico-Biologique\_pour les conditions d'envoi)

Préleveur : ..... Service :

Date et heure de Prélèvement :

Lésion cutanée (préciser zone prélèvement) : .....

Lésion oro-pharyngée (préciser zone prélèvement) : .....

Ecouvillon :  type (UTM/sec) .....

Biopsie : .....

Autre(s) : .....

Nombre de tubes envoyés: .....

### CONTEXTE

**Vaccination antivariolique**

Oui

Non

**Voyage**

PAYS -date de retour : .....

**Contact dans les 3 dernières semaines**

Animaux : .....

Autre cas : .....

.....

**Traitements suivis**

.....

**Autres Pathologies**

.....

.....

**Diagnostic différentiel réalisé**

.....

### TABLEAU CLINIQUE

Date Apparition des symptômes : .... / .... / ....

**Symptômes**  oui  non

Fièvre .....

ADP  Inguinale  Cervicale

Céphalées

Myalgies

**Lésions cutanées**

Statut (papule/vésicule etc...)

.....

Localisation / quantité

.....

.....

**Autre(s)**

.....

.....