

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
GENOTYPAGE DES ENTEROVIRUS – PARECHOVIRUS - RHINOVIRUS

HOPITAL :

Service :

Médecin :

Téléphone / Fax :

PATIENT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F M

DEMANDE DE RECHERCHE (détection génomique, culture cellulaire) ou CONFIRMATION

ENTEROVIRUS PARECHOVIRUS RHINOVIRUS

DEMANDE DE GENOTYPAGE (identification) :

ENTEROVIRUS PARECHOVIRUS RHINOVIRUS

PRELEVEMENT(S) * Technique de détection génomique :

LCR	<input type="checkbox"/>	Date :	Ct :	Sang	<input type="checkbox"/>	Date :	Ct :
Gorge	<input type="checkbox"/>	Date :	Ct :	Asp. Nasoph.	<input type="checkbox"/>	Date :	Ct :
Selles	<input type="checkbox"/>	Date :	Ct :	Autres	<input type="checkbox"/>	Date :	Ct :
Vésicules	<input type="checkbox"/>	Date :	Ct :	Préciser :			

* Pour un même patient, une seule feuille de renseignements cliniques est suffisante

HISTOIRE DE LA MALADIE ET DATE DE DEBUT DES SIGNES CLINIQUES

Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<u>Signes ORL /Respiratoires</u>	<u>Signes digestifs</u>
Réanimation	<input type="checkbox"/>	Pharyngite	<input type="checkbox"/>
Infection sévère	<input type="checkbox"/>	Rhinite	<input type="checkbox"/>
Décès	<input type="checkbox"/>	Toux	<input type="checkbox"/>
<u>Signes généraux</u>		Dyspnée	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>	Bronchite/bronchiolite	<input type="checkbox"/>
Asthénie / altération AEG	<input type="checkbox"/>	Pneumopathie	<input type="checkbox"/>
Irritabilité	<input type="checkbox"/>	Détresse respiratoire	<input type="checkbox"/>
Sepsis	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>
		Exacerbation BPCO	<input type="checkbox"/>
<u>Signes Neurologiques</u>		<u>Signes Cardio-vasculaires</u>	<u>Signes Ophtalmologiques</u>
Syndrome méningé	<input type="checkbox"/>	Myocardite	<input type="checkbox"/>
Méningite biologique	<input type="checkbox"/>	Péricardite	<input type="checkbox"/>
Céphalées	<input type="checkbox"/>	Choc cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>
Hypotonie	<input type="checkbox"/>		
Convulsions	<input type="checkbox"/>	<u>Signes Cutanéomuqueux</u>	<u>Enfants < 2 ans</u>
Encéphalite	<input type="checkbox"/>	Synd Pieds-Mains-Bouche	<input type="checkbox"/>
Rhombencéphalite	<input type="checkbox"/>	Herpangine	<input type="checkbox"/>
Myélite	<input type="checkbox"/>	Vésic. buccales isolées	<input type="checkbox"/>
Paralysie flasque aiguë	<input type="checkbox"/>	Purpura	<input type="checkbox"/>
Atteinte nerfs périphériques	<input type="checkbox"/>	Exanthème/rash (autre)	<input type="checkbox"/>
Atteinte nerfs crâniens	<input type="checkbox"/>		
Cérébelle	<input type="checkbox"/>		
			<u>Consultation adoption</u> <input type="checkbox"/>
			Pays origine.....
			Date arrivée en France :
		
			<u>Autres données (IRM, autres signes cliniques, voyage, contexte épidémiologique) :</u>
		
		
		