|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Laboratoire de Virologie  Institut de Microbiologie  Centre de Biologie-Pathologie  CHU de Lille | ***Etiquette patient*** |
| Feuille de renseignements cliniques (Mpox – Monkeypox virus) | | | |

Hôpital/Service : …………………………………………………………………………………………………

Patient (Nom/Prénom) : ……………………………………Né(e) le : ……………………… Sexe  F  M

Prescripteur :

Nom du médecin : …………………............................. Téléphone (ligne directe) : ..……………………………………..

# Histoire de la maladie et tableau clinique :

Date de début des symptômes : …………………… Date de prélèvement : …………………

*Les prélèvements recommandés pour le diagnostic virologique initial de l’infection par le Monkeypox virus sont les prélèvements cutanéomuqueux des lésions par écouvillonage et/ou prélèvement de biopsies de lésions cutanées. Un prélèvement par écouvillonage d’une ou plusieurs vésicules ou lésions est possible pour augmenter le rendement diagnostic.*

Siège(s) du prélèvement :………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

Description des lésions (statut des lésions cutanées, localisation et quantité) et état général du patient (fièvre, ADP, céphalées, myalgies) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Contexte :

* Contact étroit avec un cas confirmé Oui Non
* Retour d’une zone à risque Oui Non

🡪 Si oui, pays visité et date de retour : ………………………….......................................................

* Personne vivant avec le VIH Oui Non Inconnu
* Immunodépression :Oui Non

🡪 Si oui , précisez : ………………………………………………………………………………………..

* Patient hospitalisé Oui Non
* Vaccination antivariolique Oui Non

🡪 Si oui, date et nom : …………………………………………………………………………………….

**Analyses complémentaires demandées en cas de PCR monkeypoxvirus négative à partir du même prélèvement :**

 Varicelle Zona Virus  Herpes Simplex Virus (1 et 2)  Enterovirus

 Autres :………………………………………………………………………………………………………………

***Préalable à tout envoi : mail à virologie-biologistes@chru-lille.fr avec l’identité du patient.***

|  |
| --- |
| ***Information préalable du patient*** *: En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi « Informatique et liberté », et dans le respect de la confidentialité, nous vous informons de la possible utilisation de vos échantillons biologiques et des données associées, à des fins de recherche. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche. Vous pouvez, si vous le souhaitez, refuser l’utilisation à des fins de recherche de vos prélèvements et/ou données personnelles en vous adressant au laboratoire de Virologie du CHU de Lille (Boulevard du Pr Jules Leclercq 59037 Lille Cedex. Tél: 0320446930).* |