



Laboratoire de Virologie
Institut de Microbiologie
Centre de Biologie-Pathologie
CHU de Lille

Feuille de renseignements cliniques « **Diagnostic Arboviroses** »

| Patient | Prélèvement | Prescripteur |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Nom | Date du prélèvement | Hôpital |
| Prénom | <input type="checkbox"/> Sang (tube sec pour sérologie) <input type="checkbox"/> Sang (tube EDTA pour RT-PCR) <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autre: | Service : |
| Né(e) le/...../..... | | Nom du médecin : |
| Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <i>Ou coller étiquette patient</i> | | |

| Contexte de la demande (OBLIGATOIRE) | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Symptomatique <input type="checkbox"/> Suspicion d'infection au retour de voyage <input type="checkbox"/> Suspicion d'infection foetomaternelle <input type="checkbox"/> Autre, à préciser:..... | <input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Qualification greffe de CSH <input type="checkbox"/> Qualification PMO <input type="checkbox"/> Autre, à préciser:..... |
| <input type="checkbox"/> Date de début des signes cliniques/...../..... | <input type="checkbox"/> Pays d'endémie visité(s) ou origine du patient: - - - - |
| <input type="checkbox"/> Pays ou région(s) d'endémie visité(es) les 2 derniers mois - Du Au..... - Du Au..... - Du Au..... - Du Au..... | |

| Arboviroses demandées (OBLIGATOIRE) | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dengue (DENV) <input type="checkbox"/> Chikungunya (CHIKV) <input type="checkbox"/> West-Nile (WNV) <input type="checkbox"/> Zika (ZIKV) <input type="checkbox"/> TBE ou Tick-Borne Encephalitis (TBEV) <input type="checkbox"/> Autres Arbovirus: Envoi CNR Arbovirus, joindre la fiche de RC spécifique du CNR: | Symptomatique | Selon début des signes cliniques: <input type="checkbox"/> Prélèvements sanguins <input type="checkbox"/> Entre J0 et J5 => RT-PCR <input type="checkbox"/> Entre J5 et J7 => Sérologie IgG/IgM + RT-PCR <input type="checkbox"/> > J7 => Sérologie IgG/IgM <input type="checkbox"/> Prélèvements non sanguins => RT-PCR uniquement |
| | Asymptomatique | Variable selon contextes et recommandations: <input type="checkbox"/> RT-PCR <input type="checkbox"/> Sérologie IgG/IgM <input type="checkbox"/> Sérologie IgG/IgM + RT-PCR |

| Renseignements cliniques (uniquement si symptomatique) | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Immunodépression <input type="checkbox"/> Grossesse en cours <i>Date de début de grossesse:</i> <i>Ou nbe de SA:</i> | <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Myalgies <input type="checkbox"/> Arthralgies/arthritis <input type="checkbox"/> Douleurs rétro-orbitaires <input type="checkbox"/> Eruption cutanée | <input type="checkbox"/> Choc <input type="checkbox"/> Signes hémorragiques <input type="checkbox"/> Atteinte méningée <input type="checkbox"/> Atteinte neurologique périphérique <input type="checkbox"/> Atteinte neurologique centrale <input type="checkbox"/> Ictère <input type="checkbox"/> Autres: |

Le laboratoire de virologie du CHU de Lille réalisera toutes les analyses pertinentes au vu des renseignements cliniques fournis via cette fiche de renseignements. Pour des raisons épidémiologiques ou scientifiques, le laboratoire de virologie du CHU de Lille se réserve le droit d'envoyer le prélèvement au CNR pour rajouter la recherche d'autres virus