

**Fiche de renseignements cliniques**  
**Dengue / Chikungunya / West Nile / Zika**

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE PRÉLEVEUR**

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom : .....  
Hôpital/service : .....  
Tél. : .....  
Fax : .....

**LABORATOIRE PRÉLEVEUR**

Nom : .....  
 Hôpital  LBM  
CP : ..... Ville : .....  
Tél. : .....  
Fax : .....

**PATIENT\***

Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : .....  
Date de naissance : ..... Sexe :  F  M  
CP : ..... Ville : .....

\*Toutes ces informations sont obligatoires pour la prise en charge de la demande.

**NATURE DU PRÉLÈVEMENT**

Sang  Plasma  Sérum  Urines  
 LCR  Salive  Liquide amniotique

Date de prélèvement : .....

**CAS PARTICULIER À PRÉCISER - sans case cochée pour le contexte, l'analyse Zika sur sperme et dérivés sera hors nomenclature**

Sperme  Plasma séminal  Sperme fraction final :  NABM  HN

**SIGNES CLINIQUES**

Date de début des signes cliniques : .....  
 Fièvre  Arthralgie(s)  Myalgie(s)  Asymptomatique  
 Céphalée(s)  Douleur(s) rétro-orbitaire(s)  Lombalgie(s)  Rash cutané  Signes neurologiques  
Autres : .....

**CONTEXTE**

Grossesse :  OUI  NON Date de grossesse : ..... ou Date des dernières règles : .....  
 PMA +/- préservation de fertilité :  OUI  NON

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Délai entre la date de début des signes cliniques et la date de prélèvement :

**DENGUE / CHIKUNGUNYA**

J0-J7 (RT-PCR dans le sang ou ses dérivés)  
 J5-J7 (RT-PCR + sérologie)  
 > J7 (sérologie)

**WEST NILE**

J0-J7 (RT-PCR dans plasma, sérum, urines, LCR)  
(jusqu'à J14 chez l'immunodéprimé)  
 J5-J7 (RT-PCR + sérologie)  
 > J7 (sérologie)  
 Femmes enceintes ou allaitantes  
 Donneurs de greffes cellulaires,  
tissulaires ou d'organes

**ZIKA**

J0-J7 (RT-PCR dans le sang et les urines)  
 J7-J10 (RT-PCR dans les urines)  
 > J5 (sérologie)  
 Sperme

**Faire un bon de demande en conséquence.**

Le patient réside-t-il en zone endémique ?  OUI  NON  
Si oui, dans quel pays ou département d'outre-mer (Zika) ? .....  
Dans les 15 jours précédant le début des signes, le patient a-t-il voyagé ?  OUI  NON Date de retour : .....  
Si oui, dans quel(s) pays, DOM ou collectivités d'outremer ? .....  
Si le patient n'a pas voyagé : réside-t-il dans un département concerné par le plan annuel anti-dissémination ?  
 OUI  NON  NSP

Si NSP : Code Postal du patient : .....