

# BARTONELLA

## Patient

NOM : NOM de naissance :  
Prénom : Sexe :  
Date de naissance (âge à la date de prélèvement) : (ans)

## Expéditeur

Hôpital/Service/Région :  
Médecin/Biologiste Médical(e) :  
E-mail/Tél :

## SUSPICION - DIAGNOSTIC

- Fièvre : oui  non
- Maladie des griffes du chat : oui  non 
  - Sites ganglionnaires → précisez SVP :
- Sans Domicile Fixe : oui  non 
  - Asymptomatique : oui  non
  - Symptomatique : oui  non
- Valvulopathie : oui  non
- Fièvre des tranchées : oui  non
- Endocardite infectieuse : oui  non
- Angiomatose bacillaire : oui  non
- Péliose hépatique : oui  non
- Encéphalite : oui  non
- Rétinite : oui  non
- Hépatosplénomégalie : oui  non
- Autre tableau clinique → précisez SVP :

## FACTEURS DE RISQUE

- Contact avec des chats : oui  non 
  - Griffures : oui  non
  - Morsures : oui  non
  - Puces de chat : oui  non
- Punaises de lit : oui  non
- Poux de corps : oui  non
- Poux de tête : oui  non
- Immunodépression : oui  non 
  - VIH : oui  non
  - Greffé : oui  non
  - Autre → précisez SVP :

## TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX REÇU(S)

Anti-infectieux utilisé(s) :  
Date début :  
Durée (jours) :

## RESULTAT(S) CONNU(S) AVANT ENVOI AU CNR

Sérologie/Technique :  
PCR/gène(s) ciblé(s) :

**Important :**  
**AUTRE(S) RENSEIGNEMENT(S)  
CLINIQUE(S) ET/OU BIOLOGIQUE(S)  
ET/OU RADIOLOGIQUE(S)**