

RICKETTSIES

Patient

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

• Antécédents cliniques/chirurgicaux :

SYMPTOMATOLOGIE

• Symptomatique : oui → date de début : non

• Fièvre : oui non

• Myalgies/Courbatures : oui non

• Céphalées : oui non

• Escarre(s) : oui non

 • Unique : oui non

 • Multiples : oui non

 • Localisation(s) → précisez SVP :

 • Nérotique(s) : oui non

 • Autre aspect → précisez SVP :

• Eruption(s) cutanées (s) : oui aspect : non

• Adénopathie(s) : oui non

 • Localisation :

• Autres manifestations cliniques :

Expéditeur

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

FACTEURS DE RISQUE

• Profession :

• Notion de voyage/safari : oui non

 • Pays visité(s) :

 • Durée de séjour :

 • Date de retour :

 • Autre(s) précision(s) :

• Cas similaires dans entourage : oui → combien : qui ? non

• Piqûre de tique : oui → merci de nous l'envoyer pour expertise non

 • Unique : oui non

 • Multiples : oui non

 • Localisation :

• 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)