

CNR Arbovirus IRBA		Fiche de renseignements	
VIR-EN-002	V : 7	Date d'application : 20/10/2022	Page : 1 / 1

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ARBOVIROSES

<b>Laboratoire déclarant :</b>  <b>Service clinique</b> de provenance :  <b>Médecin</b> prescripteur :  <b>NUMERO DE FAX*</b> pour l'envoi du résultat :	<p style="text-align: center;"><b>IDENTIFICATION DU PATIENT*</b></p> <b>Nom de naissance :</b> ..... <b>Nom marital :</b> ..... <b>Prénom(s) :</b> ..... <b>Date de naissance :</b> ..... / ..... / ..... <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/> <b>Lieu de résidence :</b> ..... <b>Si qualification de greffe :</b> <input type="checkbox"/> <b>CSH</b> <input type="checkbox"/> <b>PMO</b> <input type="checkbox"/> <b>Autre :</b> <b>N° d'anonymat :</b>
--	---

### INFORMATION PREALABLE DU PATIENT

Cocher la case si le patient (ou pour les mineurs : le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle : le tuteur) **s'oppose** à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les arbovirus.

*En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi Informatique et Liberté, le patient doit être informé de l'utilisation possible des échantillons biologiques collectés et des données associées (dans le respect de la confidentialité) par le CNR des Arbovirus et ses partenaires à des fins de recherches, en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les arbovirus. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche.*

**DATE DE DEBUT DES SIGNES \* :** ...../...../ .....      **DATE de prélèvement \* :** ...../...../ .....

#### SIGNES CLINIQUES \* :

Fièvre <input type="checkbox"/>	Céphalées <input type="checkbox"/>	Eruption cutanée <input type="checkbox"/>
Arthralgies <input type="checkbox"/>	Myalgies <input type="checkbox"/>	Douleurs retro-orbitaires <input type="checkbox"/>
Méningés <input type="checkbox"/>	Neurologiques <input type="checkbox"/>	Hémorragiques <input type="checkbox"/>
Rénaux <input type="checkbox"/>	Hépatiques <input type="checkbox"/>	

Autres symptômes ? : .....

**GROSSESSE :** oui     non     si oui, semaines d'aménorrhée : ..... sem.

**SEJOURS AU COURS DU MOIS PRECEDENT L'APPARITION DES SYMPTOMES \* :**      oui     non

- **En France** → préciser Département : ..... du ...../..... / ..... au ...../..... / .....

- **Hors Métropole** → préciser Pays : ..... du ...../..... / ..... au ...../..... / .....

#### VACCINATIONS :

Fièvre Jaune (YF)      Date : ...../...../.....       Encéphalite Japonaise (EJ)      Date : ...../...../.....

Encéphalite à tiques (TBE)      Date : ...../...../.....

**RECHERCHE DE PALUDISME :**    Positive       Négative       Non réalisée

#### ARBOVIROSES SUSPECTÉES et COMMENTAIRES :

.....  
 .....  
 .....

*Le CNR des Arbovirus se réserve le droit de réaliser toutes les analyses pertinentes au vu des informations renseignées et du contexte épidémiologique. **Attention** : Les résultats sont rendus **uniquement par fax** au laboratoire nous transmettant les analyses. Celui-ci est seulement autorisé à utiliser la reproduction intégrale des comptes-rendus de résultats que le CNR des Arbovirus a émis et il ne peut pas faire référence à la marque Cofrac par d'autres moyens. \* **Information indispensable** au traitement de vos échantillons.*

#### Prélèvements :

- Plasma sur tube EDTA ou sérum sur tube sec avec gel : expédié à +4°C.
- Buvard : minimum 2 spots de 50 µl expédié à T. ambiante.
- Urine et sperme : 1 ml expédié à +4°C.      LCR (500 µl) : expédié congelé ou à +4° C par défaut.

**Courriels :**  
[cnr-arbovirus.u1207@inserm.fr](mailto:cnr-arbovirus.u1207@inserm.fr)  
[gilda.grard@inserm.fr](mailto:gilda.grard@inserm.fr)  
[quillaume.durand@inserm.fr](mailto:quillaume.durand@inserm.fr)

**CNR DES ARBOVIRUS – IRBA Unité Virologie**

☎ 04 13 73 21 81    ☎ 04 13 73 21 82

#### Adresse de livraison

IHU Méditerranée Infection  
 CNR Arbovirus-IRBA  
 19,21 Boulevard Jean Moulin  
 13005 Marseille