

A compter du 01/05/2015

Tampon du Laboratoire déclarant :		Identification du Service Clinique de provenance :	
Nom et téléphone du contact : N° Enregistrement/Labo :		Nom et téléphone du contact : N° de dossier/patient :	
Nom de naissance :		Prénom :	
Date de naissance :		Sexe : M ☐ F ☐	
Examen demandé :			
Renseignements sur le patient :			
SEJOUR OUTRE-MER : oui ☐ non ☐		Si oui, LIEU :	
Durée du séjour : MOIS <i>(999 si résident)</i>		DATE DE RETOUR EN FRANCE :/...../.....	
Lieu de prélèvement :		Date :/...../.....	
DATE de début des signes cliniques :/...../.....			
TEMPS ECOULE DEPUIS LE DEBUT DES SYMPTOMES : moins de 5 j ☐ entre 5 et 7 j ☐ plus de 7 j ☐			
SYMPTOMES :			
SYNDROME FEBRILE : oui ☐ non ☐			
Céphalées, myalgies ☐		Rash ☐ Arthralgies ☐	
Méningés ☐		Hémorragiques ☐ Douleurs rétro-orbitaires ☐	
Neurologiques ☐		Rénaux ☐ Hépatiques ☐	
Autres symptômes ? :			
Vaccination Fièvre jaune : oui ☐ non ☐		Date de la dernière vaccination :/...../.....	
Recherche de Paludisme : Positive ☐ Négative ☐ En cours ☐			
Commentaires et remarques éventuels :			

Prélèvements :

- **Sérologies, PCR et culture** : Plasma prélevé sur tube EDTA de 5 ml à +4°C ou à T. ambiante par défaut.
- **LCR (500 µl)** : expédié congelé ou à +4°C par défaut.