

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 jeune fille :
 Date de naissance : Sexe : M F
 Code Postal : Ville :

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

PRÉLÈVEMENT

Nature du prélèvement :

Date de prélèvement :

SIGNES CLINIQUES

Date de début des signes cliniques :

Nature des symptômes

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Digestifs | <input type="checkbox"/> Rénaux | <input type="checkbox"/> Oculaires |
| <input type="checkbox"/> Respiratoires | <input type="checkbox"/> Urogénitaux | <input type="checkbox"/> Ganglionnaires |
| <input type="checkbox"/> Cardiaques | <input type="checkbox"/> Neurologiques | <input type="checkbox"/> Musculaires |
| <input type="checkbox"/> Cutanés | <input type="checkbox"/> Articulaires | <input type="checkbox"/> Autres |

Evolution :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Décalé entre date de début des signes cliniques et date de prélèvement : ... jours

Antécédents :

Immunodépression : OUI NON Grossesse : OUI NON

Séjour à l'étranger (préciser le pays et dater) : le

Contact avec animal (préciser et dater) : le

Piqûre ou morsure d'arthropode (préciser et dater) : le

Contact avec eau douce (préciser et dater) : le

Autres :

Vaccinations :

THÉRAPEUTIQUE

Date d'instauration :

Nature :