

## 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 : \_\_\_\_\_

Fièvre > 38.5°

Arthralgie(s)

Myalgie(s)

Céphalée(s)

Douleur(s) rétro-orbitaire(s)

Lombalgie(s)

Autres : .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Délai entre la date de début des signes cliniques et la date de prélèvement :

Entre J0 et J7 (la recherche par RT-PCR est réalisée)

Entre J5 et J7 (la RT-PCR est associée au test sérologique)

Au-delà de J7 (le test sérologique est réalisé)

**Faire une demande en conséquence.**

Dans les 15 jours précédant le début des signes, le patient a-t-il voyagé ?

OUI

NON

Si oui, dans quel(s) pay(s), DOM ou collectivités d'outremer ? .....

Si le patient n'a pas voyagé : réside-t-il dans un département concerné par le plan annuel anti-dissémination ?

OUI

NON

NSP

Si NSP : Code Postal du patient : \_\_\_\_\_

*\*Ces informations sont obligatoires pour la prise en charge de la demande.*