



# Centre National de Référence des Rickettsies - Pr Didier Raoult



**NOM :** \_\_\_\_\_ **Hôpital :** \_\_\_\_\_  
**Prénom :** \_\_\_\_\_ **Sexe :** \_\_\_\_\_ **Service :** \_\_\_\_\_  
**Date de naissance:** \_\_\_\_\_ **N° TEL :** \_\_\_\_\_

## FIEVRE Q

<input type="checkbox"/> Fièvre Q aiguë <input type="checkbox"/> Femme enceinte	<input type="checkbox"/> Fièvre Q chronique <input type="checkbox"/> Suiivi
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Fièvre Q aiguë sur terrain à risque → <input type="checkbox"/> Thrombophlébite <input type="checkbox"/> Péricardite <input type="checkbox"/> Myocardite <input type="checkbox"/> Forme neurologique → <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Pleurésie <input type="checkbox"/> Hépatite aiguë <input type="checkbox"/> Cholécystite <input type="checkbox"/> Forme ganglionnaire <input type="checkbox"/> Autre tableau clinique : <input type="checkbox"/> ETT : _____	<input type="checkbox"/> Valvulopathie <input type="checkbox"/> Vasculaire <input type="checkbox"/> Immunodépression <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Enquête épidémiologique
<input type="checkbox"/> Asthénie post-aiguë <input type="checkbox"/> Forme inflammatoire <input type="checkbox"/> Auto AC <input type="checkbox"/> Résistance traitement <input type="checkbox"/> Traitement corticoïdes	<input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> Infection vasculaire <input type="checkbox"/> Fibrose respiratoire <input type="checkbox"/> Pseudo-tumeur pulmonaire <input type="checkbox"/> Cirrhose <input type="checkbox"/> Ostéite <input type="checkbox"/> Autres

<b>CULTURE - PCR</b> <input type="checkbox"/> Culture cellulaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Biologie moléculaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pvts à demander	<b>TRAITEMENT</b> <input type="checkbox"/> Conseil thérapeutique Antibiotique utilisé : _____ Date début : _____ Date fin : _____ CMI Doxy = _____
--	---

Date	Gb	Pq	TGO	TGP	T4	T8	T4/T8	TNF	IFN	IL10	Doxy	OHcQ

  

Date	Smartlab	Phase I			Phase II			PCR
		IgG	IgM	IgA	IgG	IgM	IgA	

Conformément à la loi de Bioéthique de 2004 les patients doivent être informés que les résultats des investigations pourront être utilisés à des fins de recherche et être publiés après avoir été rendus anonymes

