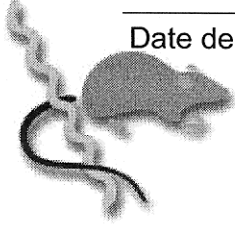




FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCOMPAGNANT LA DEMANDE DE SEROLOGIE DE LEPTOSPIROSE



Date de l'envoi :

Cachet du laboratoire ou Service hospitalier

NOM : Prénom :
Date de naissance : Sexe :
Lieu d'habitation Code Postal :
Type d'habitat :
Profession : Occupations :

Symptomatologie

Date de début de la maladie : / / Date de prélèvement : / /

- Syndrome fébrile, Syndrome méningé, Injection conjonctivale, S. neuro-encéphalitique, Syndrome algique, Autres à préciser, Atteinte rénale, Ictère, Atteinte pulmonaire, Suspicion Hépatite, Atteinte Hépatique, Atteinte Oculaire, Uvéite, Taux de plaquettes :

Blessure ou écorchure dans le mois précédent la maladie [ ] Oui [ ] Non

Contact avec des animaux

- Rongeurs, Chiens, Bovins, Autres à préciser, Rats, Chevaux, Porcs

Contact avec l'eau douce et activité (à préciser)

Nature

- Bain, Pêche, Chute accidentelle, Autres à préciser, Canoe, Kayak, Dériveur, Planche à voile, Rafting, canyoning, Aquaculture

Lieu

- Lac ou étang, En rivière, Autres à préciser

Voyage en pays d'endémie dans le mois précédent [ ] Non [ ] Oui où :

Traitement antibiotique [ ] Oui [ ] Non

Date de mise en oeuvre : / /

Nature :

A transmettre au Centre National de Référence des Leptospires
Institut Pasteur - 28, rue du Docteur Roux - 75015 Paris
tél : 01.45.68.83.37 Fax : 01.40.61.30.01

Le Centre National de Référence des Leptospires étant informatisé et n'ayant pas de contact direct avec les patients qui s'adressent à votre laboratoire, nous vous remercions d'informer ceux-ci de leur droit d'accès et de rectification des informations les concernant.

(Loi N° 78-17 du 06 janvier 1978).