



Centre National de Référence des Rickettsies - Pr Didier Raoult Whipple



Nom : _____ **Prénom :** _____ **Sexe :** _____
Date de naissance : _____ **Hôpital :** _____
Service : _____ **Médecin :** _____

SYMPTOMES ET SIGNES

Date de début des signes: _____

Fièvre
 Diarrhée
 Amaigrissement
 Douleurs abdominales
 Arthralgies
 Atteinte cutanée
 Toux
 Adénopathie
 Myoclonies
 Mouvements anormaux des globes oculaires
 Epilepsie
 Démence
 Autres signes _____

ANTECEDENTS

ATCD de fibroscopie oesogastroduodénale
 Giardiase
 Diarrhée
 Arthralgies
 Autres: _____

Date			
GB(G/l)			
Hb(g/l)			
Pq(G/l)			
PNE(G/l)			
Cr(μmol/l)			
GOT(U/l)			
GPT(U/l)			
GGT (U/l)			
CRP			
T4			
T8			
T4/T8			

Date	Privt	Avt ATB	PCR	IHC	PAS	IF	Culture

TRAITEMENT

Traitement antérieur
 Antibiotique utilisé : _____
 Traitement actuel:
 Date de début: _____
 Durée prévue : _____
 Efficacité ==> _____

Guérison
 Echec
 Rechute

Date	Privt	Doxy	Plaq	TMP	SMZ	Bactéricide	IL1	IL16

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

