



## CNR ORTHOPOXVIRUS

IRBA, Département Microbiologie et Maladies Infectieuses

Unité de Virologie

1 Place Valérie André 91220 Brétigny sur Orge

☎ 06 03 87 58 59 ; ✉ [irba-cnropv.accueil.fct@def.gouv.fr](mailto:irba-cnropv.accueil.fct@def.gouv.fr)

## Fiche de Renseignement Patient CNR orthopoxvirus

Cadre réservé CNR :

Date et Heure de réception : .....

Numéro d'enregistrement : .....

**PATIENT\* (ou coller étiquette)**

NOM de naissance :

NOM usuel :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :  M  F**Prescripteur\* (recevra les résultats pour exploitation) :**

. Tél. :

. Adresse mail :

N°département laboratoire préleveur :

N°département patient :

**SUSPICION :**  Orthopoxvirus : Parapoxvirus  Molluscipoxvirus  Autres Chordopoxvirinae**Prélèvements\*** (Cf WEB003\_Fiche Conseil Prélèvement ; WEB002\_Revue de contrat\_ pour les conditions d'envoi)

Préleveur : ..... Service :

Date et heure de Prélèvement :

- Lésion cutanée (préciser zone prélèvement) : .....
- Lésion oro-pharyngée (préciser zone prélèvement) : .....
- Ecouvillon :  type (UTM/sec) .....
- Biopsie : .....
- Autre(s) : .....

Nombre de tubes envoyés: .....

**CONTEXTE** Vaccination antivariolique

- Oui
- Non

 Voyage

PAYS -date de retour : .....

 Contact dans les 3 dernières semaines

- Animaux : .....
- Autre cas : .....
- .....

 Traitements suivis

.....

 Autres Pathologies

.....

.....

 Diagnostic différentiel réalisé

.....

**TABLEAU CLINIQUE**

Date Apparition des symptômes : .... / .... / ....

 Symptômes

- Fièvre .....
- ADP  Inguinale  Cervicale
- Céphalées
- Myalgies

 Lésions cutanées

- Statut (papule/vésicule etc...)
- .....
- Localisation / quantité
- .....
- .....

 Autre(s)

.....

.....