



Fiche de Renseignement Patient CNR LE 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) :

. Service :

. Tél. :

. Adresse mail :

SUSPICION : Orthopoxvirus :

Parapoxvirus Molluscipoxvirus Autres Chordopoxvirinae

Prélèvements* (Cf WEB003_Fiche Conseil Prélèvement ; WEB002_Contrat Clinico-Biologique_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 oui non

Fièvre

ADP Inguinale Cervicale

Céphalées

Myalgies

Lésions cutanées

Statut (papule/vésicule etc...)

.....

Localisation / quantité

.....

.....

Autre(s)

.....

.....