

Réseau Surveillance DENGUE

*Fiche de renseignements à joindre à toute demande d'examen de laboratoire
(à compléter par le médecin prescripteur et par le laboratoire qui prélève et fait l'analyse)*

Cadre à remplir par le Médecin

Médecin prescripteur

Date de prescription :/...../.....

Fax :

*Tampon professionnel
et signature du médecin*

Identification du Patient

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F M

Commune de résidence : Quartier ou district :

Lieu de travail : Téléphone :

**La mention d'une adresse géographique précise est indispensable
pour l'initiation d'éventuelles actions de contrôle**

Clinique

Date d'apparition des signes cliniques :/...../..... Date de prélèvement :/...../.....

Soit

J

Signes présents

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Début brutal | <input type="checkbox"/> Céphalées |
| <input type="checkbox"/> Arthralgies/Myalgies | <input type="checkbox"/> Nausées/Vomissements | <input type="checkbox"/> Eruption cutanée |
| <input type="checkbox"/> Signes hémorragiques | | |
| <input type="checkbox"/> Signes neurologiques | | |

Autres symptômes (à préciser) :

Contexte épidémiologique

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cas isolé | <input type="checkbox"/> Cas groupés (contexte épidémique) | |
| <input type="checkbox"/> Voyage récent hors PF | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui : Où ? |
| <input type="checkbox"/> Patient hospitalisé | | |

Cadre à remplir par le Laboratoire

Analyse demandée

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antigène NS1/RT-PCR (<J6) | <input type="checkbox"/> Sérologie IgM (>J6) |
|--|--|

Conclusion LABO