



Fiche de renseignements leptospirose

A faxer au bureau des pathologies infectieuses - Direction de la Santé - 48 82 24

Médecin déclarant

Date :...../...../.....

*Tampon professionnel
et signature du médecin*

Identification du Patient

Nom :.....Prénom :.....

Sexe : Date de naissance :...../...../..... Lieu de naissance :.....

Adresse habituelle : :.....

Déplacement (professionnel, familial ou de loisirs) au cours du dernier mois Oui Non

Si oui, lieu :.....

Clinique

Notion de plaie dans le mois précédent Oui Non Si oui, préciser.....

Date de début de la maladie (1^{er} jour de fièvre) : J.....

Fièvre Oui Non

Syndrome hémorragique Oui Non

Céphalées Oui Non

Atteinte rénale Oui Non

Myalgies Oui Non

Atteinte pulmonaire Oui Non

Atteinte oculaire Oui Non

Syndrome méningé Oui Non

Ictère Oui Non

Autres éléments :.....

Facteurs d'exposition

Fortes précipitations dans le mois précédent Oui Non

Contexte épidémiologique : cas isolé cas groupés Préciser :.....

Profession

Agriculture Traitement des déchets ou assainissement

Élevage (professionnel ou familial) : Porcs Bovins Chevaux Autres :.....

Autre profession Préciser :.....

Activités de loisirs

Pêche Surf près d'une rivière Chasse Randonnée

Jardinage Autre (Préciser) :.....

Contact avec de l'eau douce ou de la boue

Marche pieds nus Baignade

Contacts directs avec d'autres animaux

Rats dans l'environnement domestique ou professionnel

Animal domestique : Chiens Chats Autres (Préciser) :.....

Diagnostic biologique

Bactériologique Sérologique PCR

Serovar (si connu) :.....

Prise en charge

Hospitalisation Si oui, date d'entrée :...../...../.....

Passage en réanimation Simple sortie Transfert Si oui, lieu :.....

Décès Oui Non