Bureau de veille sanitaire
Direction de la Santé
Tél : 48.82.01 fax : 48.82.12

Laboratoire de biologie médicale
Institut Louis Malardé
Tél : 41.64.56 Fax : 41.64.94

Réseau de surveillance virologique

Fiche de renseignements cliniques – DENGUE/LEPTOSPIROSE

Fiche de renseignement devant accompagner toute demande d'examen destiné au laboratoire de l'Institut Louis Malardé dans le cadre de la veille sanitaire

Identification du prescripteur

Nom
Adresse
Téléphone/ fax

Date de prescription : ____/____/____

Tampon professionnel et signature

Identification du patient

Nom : ……
Sexe : O M O F

Prénom : ……
Date de Naissance : ____/____/____

Lieu de résidence habituelle :
Commune : ……
Quartier / district : ……

N° de Téléphone : ……

LA MENTION D'UNE ADRESSE GEOGRAPHIQUE ET D'UN NUMERO DE TELEPHONE EST INDISPENSABLE POUR L'INITIATION D'EVENTUELLES ACTIONS DE LUTTE ANTI-VECTORIELLE

Renseignements cliniques

O Cas isolé O Cas groupés (contexte épidémique) O Patient hospitalisé

O Voyage récent hors Pf Si oui, lieu de déplacement : ……

Date de début des signes : ____/____/____
Date de prélèvement : ____/____/____

soit **J ….**

Signes présents : ……

Analyse demandée :

O **DENGUE**

- O < J5 - Antigène NS1/RT-PCR
- O J5 à J7 - Antigène NS1/RT-PCR et sérologie IgM
- O > J7 - Sérologie IgM

O **LEPTOSPIROSE**

- O < J6 - RT-PCR (2 tubes EDTA ou 1 tube sec)
- O J6 à J10 - RT-PCR et sérologie IgM
- O > J10 - Sérologie IgM *(1 tube sec)*