FICHE DE RENSEIGNEMENT CLINIQUE – MICROBIOLOGIE – Centre Hospitalier Régional Orléans

ETIQUETTE PATIENT ou NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Médecin prescripteur NOM : _____ Prénom : _____ Hôpital : _____ Service clinique : _____ TEL : _____

LISTE DES ANALYSES devant être accompagnées obligatoirement de renseignements cliniques

- Toutes les demandes de Mycologie, Parasitologie, Mycobactéries
- Sérologies Arboviroses, Amibiase, Brucellose, Chlamydia trachomatis, Rougeole IgG-IgM
- Quantiféron
- PCR Multiplex (Panels Méningé, Respiratoire, Gastro-intestinal)
- Génotypages de Résistance VIH / Génotypage VHC (Merci de transmettre les résultats de charge virale si réalisée hors CHRO)
- Avidité CMV / Avidité Toxoplasmose (Merci de transmettre les résultats de sérologies si réalisée hors CHRO)
- *Tout contexte particulier (hors liste ci-dessus) nécessitant des informations clinico-biologique pertinentes.*

SIGNES CLINIQUES

Date de début des signes : _ _ / _ _ / _ _ _ _ ☐ Présence (préciser ci –dessous) ☐ Absence

☐ Amaigrissement	☐ Rénaux	☐ Digestifs : préciser : _____
☐ Fièvre	☐ Urogénitaux	☐ Cutanés
☐ Sepsis	☐ Neurologiques	☐ Ganglionnaires
☐ Respiratoires	☐ Articulaires	☐ Hyperéosinophilie : _____
☐ Cardiaques	☐ Oculaires	☐ Autres : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Délai entre date du début des signes cliniques et le prélèvement : _____
☐ Antécédents _____
☐ Immunodépression (préciser) : ☐ VIH ☐ Hémopathies ☐ Greffés d'organe solide
☐ Grossesse Date des dernières règles : _ _ / _ _ / _ _ _ _
☐ Séjour à l'étranger (préciser le lieu et la date) : _____ _ _ / _ _ / _ _ _ _
☐ Contact avec animal : _____ _ _ / _ _ / _ _ _ _
☐ Piqûre ou morsure d'arthropodes : _____ _ _ / _ _ / _ _ _ _
☐ Contact avec eau douce : _____ _ _ / _ _ / _ _ _ _
☐ Contage infectieux / Cas groupés : _____ _ _ / _ _ / _ _ _ _
☐ Bilan avant mise sous traitement anti–TNF : _____
☐ Pathologie respiratoires chroniques (Mucosvicidose, BPCO, DDB, …) : _____
☐ Signes radiologiques : _____
☐ Notion de vaccination : _____
☐ Contexte social défavorisé : _____
☐ Bilan à titre systématique (Médecine du travail) : _____
☐ Autres : _____

THERAPEUTIQUE

Traitement anti-infectieux en cours (préciser) :
☐ Antibiotique ☐ Antiviral ☐ Antifongique ☐ Antiparasitaire
Date du début traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Nom des traitements anti-infectieux :