Bureau de veille sanitaire
Direction de la Santé
Tél : 48.52.01 fax : 48.82.12

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

Réseau de surveillance virologique de la DENGUE

Fiche de renseignement devant accompagner toute demande d'examen de laboratoire destiné au laboratoire de l'Institut Louis Malardé
à compléter par le médecin prescripteur ou par le laboratoire qui réalise ou reçoit le prélèvement

Identification du prescripteur

Nom
Adresse
Téléphone/ fax

Date de prescription : ___/___/___

Tampon professionnel et signature

Membre du réseau sentinelle virologique : oui non

Identification du patient

Nom :
Prénom :

Date de Naissance :
Sexe : M F

Commune
de Résidence : ……
Lieu de travail : ……

Quartier ou 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

Clinique

Date de début des signes : ___/___/___
Date de prélèvement : ___/___/___ soit **J ….**
Signes présents :

Fièvre
Arthralgies/Myalgies
Signes hémorragiques
Signes neurologiques

Début brutal
Nausées/Vomissements
Autres : ……..

Céphalées
Eruption cutanée

Contexte épidémiologique

Cas isolé
Voyage récent hors Pf

Cas groupés (contexte épidémique)
Si oui, où ? :……

Patient hospitalisé

Analyse demandée : Antigène NS1/RT-PCR (≤J5) Sérologie IgM (>J5)

Résultat du laboratoire :

Ag NS1 : …… PCR : …… Typage : ……..... IgM : ...……....