


HIA Clermont-Tonnerre Brest Laboratoire de biologie médicale 	<u>Support d'enregistrement</u>	Code : PRA-SE-CNR ARB Version n°04
	Demande d'expertise auprès du CNR des Arboviroses	Date d'application : 27/09/2017
		Page : 1 / 2

VERSION	COMMENTAIRE	DATE
02	Mise en service	25/10/2013
03	Révision annuelle	26/01/2015
04	Mise à jour du formulaire de la part du sous-traitant : possibilité de faire sur sérum, transport réfrigéré strict	27/09/2017

Rédaction	Vérification	Approbation	Validation
Date : 27/09/2017 Fonction : Responsable Qualité Visa électronique : BERNA	Date : 27/09/2017 Fonction : Cadre de santé Visa électronique : THIBAUT	Date : 27/09/2017 Fonction : Biologiste Responsable Visa électronique : VAILLANT	Date : 27/09/2017 Fonction : Responsable Documentaire Visa électronique : THIBAUT

ERRIT-IRBA		Titre : Fiche de renseignements	
Code : ERRIT-VIR-EN-002	V : 2	Date d'application : 23/09/2016	Page : 1 / 1

HIA LAVERAN ERRIT-IRBA CS 50004 13384 Marseille Cedex 13 Tél : 04.91.61.79.10 Fax : 04.91.61.75.53	VIROLOGIE	ENREGISTREMENT
	FICHE DE RENSEIGNEMENTS	

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
DIAGNOSTIC DES ARBOVIROSES

V : 23/09/2016

Tampon du Laboratoire déclarant : Numéro de Fax : Nom et téléphone du Contact : N° Enregistrement/Labo :	Identification du Service clinique de provenance : Nom et téléphone du contact :
Nom de naissance : Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Examen demandé :	
Renseignement sur le Patient : SEJOUR HORS DE FRANCE : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, LIEU : Durée du séjour :jours / semaines / mois (999 si résident) DATE DE RETOUR EN FRANCE :/...../..... Lieu de prélèvement : DATE de prélèvement :/...../ 20..... DATE de début des signes cliniques :/...../ 20..... SYMPTOMES : SYNDROME FEBRILE : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Céphalées, myalgies <input type="checkbox"/> Rash cutané <input type="checkbox"/> Arthralgies <input type="checkbox"/> Méningés <input type="checkbox"/> Hémorragiques <input type="checkbox"/> Douleurs retro-orbitaires <input type="checkbox"/> Neurologiques <input type="checkbox"/> Rénaux <input type="checkbox"/> Hépatiques <input type="checkbox"/> Autres symptômes ? : Grossesse : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui, date de grossesse : Vaccination Fièvre Jaune : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Date de la dernière vaccination :/...../..... Recherche de Paludisme : Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Non réalisée <input type="checkbox"/>	
Commentaires et remarques éventuels :	

Prélèvements (pour plus de détail, nous demander le manuel de prélèvement) :

- Plasma sur tube EDTA ou sérum sur tube sec avec gel expédié à +4°C
- Buvard : minimum 2 spots de 50 µl expédié à T. ambiante
- Urine : 1 ml expédié à +4°C
- LCR (500 µl) : expédié à + 4° C

CNR DES ARBOVIRUS - ERRIT

Tél. : 04 91 61 79 10 / 14 Fax : 04 91 61 75 53	Courriel : CNRarbovirus@irba.fr
Adresse postale : CNR Arbovirus – ERRIT HIA Laveran CS 50004 13384 Marseille Cedex 13	Adresse de livraison : CNR Arbovirus - ERRIT HIA Laveran – Laboratoire de Biologie 34 bd laveran 13013 Marseille

Attention : Les résultats sont rendus **uniquement par fax** au laboratoire nous transmettant les analyses.