

Demande d'analyse virologique

Prélèvement respiratoire

Version 14

ILI (Syndrome pseudo-grippal)

Centre: _____

Circonscription: _____

Gouvernorat: _____

SARI (Infection respiratoire aiguë sévère)

Service: _____

Hôpital: _____

Gouvernorat: _____

Date d'hospitalisation: _____

Identification du patient

N° dossier médical: _____ / _____

GSM: _____

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ ou Age: _____ an(s) _____ mois Genre: Masculin Féminin

Renseignements sur le prélèvement

Identifiant: _____ Date du prélèvement: _____

Type de prélèvement: Nasopharyngé Autre, préciser: _____

Renseignements cliniques

Date de début des symptômes: _____ Toux: Oui Non

Notion de fièvre: Oui Non Température mesurée: _____, _____ °C

Vaccination antigrippale dans les 6 derniers mois: Oui Non Inconnue

Traitement antiviral dans les derniers 14 jours: Oui Non

Si « Oui » préciser: Oseltamivir Zanamivir Autre, préciser: _____

Grossesse: Oui Non Si oui terme actuel: _____ Semaines d'aménorrhée (SA): _____ mois

Séjour à l'étranger durant les 3 dernières semaines: Oui Non

Si « Oui », le(s) pays: _____

Comorbidité: Oui Non Si « Oui », préciser:

Maladie cardiaque chronique: Oui Non

Maladie rénale chronique: Oui Non

Maladie respiratoire chronique: Oui Non

Déficit Immunitaire: Oui Non

Maladie hépatique chronique: Oui Non

Asthme: Oui Non

Maladie neurologique chronique: Oui Non

Diabète: Oui Non

Troubles hématologiques chroniques: Oui Non

Autre: Oui Non Si « Oui », préciser: _____

Coordonnées du médecin demandeur

Nom et prénom: _____

GSM: _____ Fax: _____

Email: _____

Date de signature de la demande: _____

Signature et cachet