

**MODELE D'ORDONNANCE POUR PRESCRIPTION
D'UNE PCR MONKEYPOX pour confirmation diagnostique**

NOM et prénom du **PRESCRIPTEUR**

RPPS

Téléphone

FAX

Adresse e-mail

NOM PRENOM du patient

DDN

TELEPHONE

DATE

PCR MONKEYPOX par écouvillonnage:

1. De lésions cutanées péribucales/ génitales/ péri-anales/sur la main (préciser le site si possible)
2. De l'oropharynx (systématique) / d'une lésion buccale

Si exposition sexuelle, ajouter :

Sérologie VIH et syphilis

PCR chlamydiae et gonocoque dans les urines

(attention ! aucun autre test autorisé)

NOM PRENOM PRESCRIPTEUR

RPPS