

| LABORATOIRE PRÉLEVEUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRÉLÈVEMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N° Client: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C / <input type="text"/><br><br>Cachet obligatoire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Date de prélèvement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> <b>Plasma EDTA</b> ou <b>sérum</b> : expédié congelé ou +4°C par défaut<br><input type="checkbox"/> <b>Urine</b> : 1mL expédié à +4°C<br><input type="checkbox"/> <b>LCR</b> (500µL) : expédié congelé ou +4°C par défaut |
| PATIENT(E)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIPTEUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| NOM .....<br>PRÉNOM .....<br>Nom de naissance .....<br>Adresse .....<br>CP ..... Ville .....<br>Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NOM .....<br>PRÉNOM .....<br>Adresse .....<br>CP ..... Ville .....<br>Tél. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Adresse e-mail : .....                                 |
| DATE DE DÉBUT DES SIGNES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| INDICATION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>SIGNES CLINIQUES OU BIOLOGIQUES :</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Fièvre<br/> <input type="checkbox"/> Eruption cutanée<br/> <input type="checkbox"/> Douleurs retro-orbitaires<br/> <input type="checkbox"/> Autres symptômes ? (précisez) : ..... </div> <div> <input type="checkbox"/> Hépatiques<br/> <input type="checkbox"/> Arthralgies<br/> <input type="checkbox"/> Neurologiques </div> </div><br><b>Grossesse :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, SA : ..... sem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>SEJOURS AU COURS DU MOIS PRÉCÉDENT L'APPARITION DES SYMPTÔMES :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><b>En France :</b> Département : ..... Du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><b>Hors Métropole :</b> DROM ou Pays : ..... Du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>ARBOVIROSES SUSPECTÉES et COMMENTAIRES :</b><br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| RENSEIGNEMENTS CLINIQUES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>MENTIONS LÉGALES</b><br><br><div style="text-align: center;">INFORMATION PREALABLE DU PATIENT</div> <p><i>En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi Informatique et Liberté, le patient doit être informé de l'utilisation possible des échantillons biologiques collectés et des données associées (dans le respect de la confidentialité) par le <b>CNR des Arbovirus</b> et ses partenaires à des fins de recherches, en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les arbovirus. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche.</i></p> <input type="checkbox"/> Cocher la case si le patient (ou pour les mineurs : le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle : le tuteur) s'oppose à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les arbovirus par le CNR. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |