

Formulaire de renseignements cliniques accompagnant les Multiplex Respiratoires

Date de début des symptômes : ___/___/___

Date du prélèvement : ___/___/___

Vaccination antigrippale récente : oui non

Si oui, date de vaccination : ___/___/___

Facteurs de risques :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grossesse en cours | <input type="checkbox"/> IMC>40 | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire | <input type="checkbox"/> Immunodépression |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |

Contexte du prélèvement :

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Signes de gravité | |
| <input type="checkbox"/> Retour récent de l'étranger | Si oui, quel pays : |
| <input type="checkbox"/> Epidémie en collectivité | Si oui, à quel pathogène : |
| <input type="checkbox"/> Source d'exposition environnementale | Si oui, quelle source : |
| <input type="checkbox"/> Autre : (merci de compléter la section « commentaires » en bas de page) | |

Etat clinique :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre T° max : | <input type="checkbox"/> Dyspnée/polypnée | <input type="checkbox"/> Otite |
| <input type="checkbox"/> Début brutal | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Troubles digest |
| <input type="checkbox"/> Asthénie | <input type="checkbox"/> Expectoration | <input type="checkbox"/> Conjonctivite |
| <input type="checkbox"/> Myalgies/Courbatures | <input type="checkbox"/> Bronchiolite/Bronchite | <input type="checkbox"/> Adénopathies |
| <input type="checkbox"/> Frissons | <input type="checkbox"/> Rhinite/Coryza | <input type="checkbox"/> Eruption |
| <input type="checkbox"/> Céphalées | <input type="checkbox"/> Pharyngite | <input type="checkbox"/> Autres signes : |

Hospitalisation prévue ou en cours : Oui Non

Traitement prescrit : antibiotiques antipyrétique antiviral

Lequel :

Commentaires