eurofins | Biomnis

Fiche de renseignements cliniques
Infectiologie

MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE PRÉLEVEUR

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : .....
Hôpital/service : .....
.....

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

Nom : .....
☐ Hôpital ☐ LBM
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PATIENT*

Nom : ..... Prénom : .....
Nom de naissance : .....
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Sexe : ☐ F ☐ M

CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....

**Toutes ces informations sont obligatoires pour la prise en charge de la demande.*

PRÉLÈVEMENT

Nature du prélèvement : .....
.....

Date de prélèvement : |_|_|_|_|_|_|_|_|

SIGNES CLINIQUES

Date de début des signes cliniques : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nature des symptômes

☐ Digestifs ☐ Rénaux ☐ Oculaires
☐ Respiratoires ☐ Urogénitaux ☐ Ganglionaires
☐ Cardiaques ☐ Neurologiques ☐ Musculaires
☐ Cutanés ☐ Articulaires ☐ Autres : .....

Evolution : .....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Délai entre date de début des signes cliniques et date de prélèvement : |_|_| jours
Antécédents : .....
Immunodépression : ☐ OUI ☐ NON Grossesse : ☐ OUI ☐ NON
Séjour à l'étranger (préciser le pays et dater) : ..... le |_|_|_|_|_|_|
Contact avec animal (préciser et dater) : ..... le |_|_|_|_|_|_|
Piqûre ou morsure d'anthropode (préciser et dater) : ..... le |_|_|_|_|_|_|
Contact avec eau douce (préciser et dater) : ..... le |_|_|_|_|_|_|
Autres : .....
Vaccinations : .....

THÉRAPEUTIQUE

Date d'instauration : .....
Nature : .....