|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Type d’examen*** | ***Nature du prélèvement*** | ***Votre référence*** | ***Date de prélèvement*** | ***Résultat*** ***(Titre ou Unité)*** | ***Nom du KIT*** |
| **Sérologie IgM** | **Sérum** |  |  |  |  |
| **PCR** | **□ Sang □ Urine****Autre :** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Exposition dans le mois précédent le début des signes :*** |
|  | OUI | NON | Préciser | Date |
| Séjour en France hors résidence |  |  |  |  |
| Séjour à l’étranger |  |  |  |  |
| Contact avec des animaux |  |  |  |  |
| Présence de rongeurs |  |  |  |  |
| Plaies / Ecorchures |  |  |  |  |
| Profession |  |  |  |  |
| Contact eau douce(baignade, pêche, etc…) |  |  |  |  |
| Activité agricole / jardinage |  |  |  |  |
| Autres |  |  |  |  |



**Clinique / Epidémiologie**

Date des premiers signes cliniques : ………/………/………

 □ Fièvre (>38,5°C) □ Syndrome algique (myalgie, arthralgie) □ Traitement Antibiotique

 □ Atteinte rénale □ Atteinte hépatique (ex : ictère) Date : ………………………….

 □ Atteinte pulmonaire □ Atteinte neurologique (méningite) Molécule : …………………..

 □ Atteinte oculaire □ Autre : ………………………………………………

Hospitalisation : Oui □ Non □ Tableau sévère □

**Confirmation de VOTRE diagnostic. Pour rappel, SEULS les échantillons positifs sont acceptés**

**Echantillons**

*Selon la norme ISO 15189, la fiche de renseignements est obligatoire pour une interprétation éclairée.*

*Aucune expertise ne sera réalisée en l’absence des informations surlignées en gris.*

CNR Leptospirose

Institut Pasteur

28 rue du Docteur Roux

75724 Paris Cedex 15

**Responsable : Dr. PICARDEAU Mathieu**

Tel secrétariat: 01 45 68 83 37

spiroc@pasteur.fr

cnr.leptospirose@pasteur.mssante.fr

***FICHE DE RENSEIGNEMENTS CNR LEPTOSPIROSE***

Information préalable du patient : En vertu du Code de la Santé Publique et de la Loi « Informatique et liberté », et dans le respect de la confidentialité, nous vous informons de la possible utilisation de vos échantillons biologiques et des données associées par le CNR Leptospirose à des fins de recherche en vue d’améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur les leptospiroses. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche. Vous pouvez, si vous le souhaitez, refuser l’utilisation à des fins de recherche de vos prélèvements et/ou données personnelles en écrivant au CNR ou spiroc@pasteur.fr

Nom de naissance : ……………………………………………………….

Nom usuel : …………………………...........................................

1er prénom : …………………………………………………………………..

Date de naissance : ………/…….../.........

Sexe : ……………

Lieu d’habitation (code postal) : …………………………………….

Matricule INS : ……………………………… NIA □ NIR □

**Patient**

Nom / Prénom : ……………………………………...

Service : …………………………………………………..

**Prescripteur**

**Coordonnées du laboratoire/hôpital**

Nom de l’établissement :

Adresse :

Téléphone :

Email :

**Coordonnées**