



## Fiche de Renseignement Patient CNR LE Orthopoxvirus

Cadre réservé CNR :

Date et Heure de réception : .....

Numéro d'enregistrement : .....

### PATIENT\* (ou coller étiquette)

NOM de naissance :

NOM usuel :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :  M  F

### Prescripteur\* (recevra les résultats pour exploitation) :

. Service :

. Tél. :

. Adresse mail :

### Prélèvements\* (Cf WEB003\_Fiche Conseil Prélèvement ; WEB002\_Contrat Clinico-Biologique\_pour les conditions d'envoi)

Préleveur : ..... Service :

Date et heure de Prélèvement :

- Lésion cutanée (préciser zone prélèvement) : .....
- Lésion oro-pharyngée (préciser zone prélèvement) : .....
- Ecouvillon :  type (UTM/sec) .....
- Biopsie : .....
- Autre(s) : .....

Nombre de tubes envoyés: .....

### CONTEXTE

**Vaccination antivariolique**

- Oui  
 Non

**Voyage**

PAYS -date de retour : .....

**Contact dans les 3 dernières semaines**

- Animaux : .....
- Autre cas : .....
- .....

**Traitements suivis**

**Autres Pathologies**

**Diagnostic différentiel réalisé**

### TABLEAU CLINIQUE

Date Apparition des symptômes : .... / .... / ....

**Symptômes**  oui  non

- Fièvre .....
- ADP  Inguinale  Cervicale
- Céphalées
- Myalgies

**Lésions cutanées**

- Statut (papule/vésicule etc...)
- .....
- Localisation / quantité
- .....

**Autre(s)**

.....

.....

\*Informations indispensables pour le traitement du dossier