INSTITUT PASTEUR D'ALGERIE Département de Virologie Humaine Laboratoire Grippe et Virus Respiratoires Laboratoire de Référence OMS pour la Grippe	Formulaire d'enregistrement	F LGVR 7311/02
	Fiche de Renseignements Cliniques	Page : 1/2

Ce formulaire d'enregistrement est rattaché à la procédure de gestion des échantillons. Réf : P LGVR 6611

1- Partie réservée au Laboratoire

Prélèvement reçu par :..... Dr : F. DERRAR

Numéro d'arrivée au Laboratoire :…..... ☎ /Fax : + 213 (0) 21 39 02 57

Date d'arrivée au laboratoire : /___/___//___/___//___/___/ E-mail : fderrar@pasteur.dz

2- Partie réservée au client

Nom :..... Prénom :..... Sexe : M ☐ F ☐

Age : /___/___/ années /___/___/___/ mois (pour les enfants ≤ 24 mois

Adresse :…….....

Nom et prénom du médecin traitant (e) :.....

Wilaya :.....

Analyse (s) demandée (s) :.....
.....
.....

Nature des prélèvements : 1- Nasal ☐ 2- Pharyngé ☐ 3- Naso-pharyngé ☐

Date du prélèvement /___/___//___/___//___/___/___/___/

Conserver les prélèvements à (+4°c) au réfrigérateur et envoyer dés que possible au laboratoire

Contexte épidémiologique.

Date du début la maladie : /___/___//___/___/

Vaccination antigrippale pour saison : ..... 1- Non ☐ 2- Oui ☐

Si oui, date vaccination : /___/___//___/___/ Notion d'hospitalisation ☐

Arrêt de Travail ☐ Voyage récent (<10jours) ☐ Si oui, pays : ..... .
Date : /___/___//___/___/

Signes cliniques présentés par le malade.

T° lors de la consultation : /___/___/,/___/°C

Prise d'antipyrétiques/anti-inflammatoires avant la consultation : 1- Non ☐ 2- Oui ☐

T° max présentée par le malade objectivée à l'aide d'un thermomètre : /___/___/, /___/°C

Début brutal (48-72 h)	: 1-Non ☐	2- Oui ☐	Toux	:1-Non ☐	2- Oui ☐
Courbatures, myalgies	: 1-Non ☐	2- Oui ☐	Frissons	: 1-Non ☐	2- Oui ☐
Asthénie intense	: 1-Non ☐	2- Oui ☐	Dyspnée	: 1-Non ☐	2- Oui ☐
Tirage	: 1-Non ☐	2- Oui ☐	Cyanose	: 1-Non ☐	2- Oui ☐
Stridor au repos	: 1-Non ☐	2- Oui ☐	Convulsion	: 1-Non ☐	2- Oui ☐
Sifflement	: 1-Non ☐	2- Oui ☐	Tr. Digestifs	: 1-Non ☐	2- Oui ☐
Encombrement trachéo-bronchique				: 1-Non ☐	2- Oui ☐
Décompensation d'une affection chronique pré-existante				: 1-Non ☐	2- Oui ☐

Autres : 1-Non ☐ 2- Oui ☐
Lesquels : ……..…….....

Prescription d'un antibiotique : 1- Non ☐ 2- Oui ☐
Lesquels : ……..…….....

Date, Signature et griffe du médecin traitant