



Institut Pasteur d'Algérie
Laboratoire de biologie parasitaire
Centre National de Référence Toxoplasmose

Fiche de renseignements

| | | |
|-----------------------|-------------|-------------------|
| N° d'enregistrement : | Date : | Résultat : |
| Nom : | Epouse : | |
| Prénom : | Age : | |
| Profession : | N° Tel : | |
| Adresse : | Demandeur : | |

1) Elément motivant la demande d'analyse :

| | | |
|-----------------------|----------------------------------|--|
| ➤ Bilan TORCH | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Bilan prénuptial | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Bilan prénatal | <input type="checkbox"/> | Age de la grossesse : Nombre de grossesse : |
| ➤ Bilan de pré-greffe | <input type="checkbox"/> | Rénale <input type="checkbox"/> Moelle osseuse <input type="checkbox"/> Autres : |
| | Donneur <input type="checkbox"/> | Receveur <input type="checkbox"/> |

2) Données épidémiologiques :

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| ➤ Présence de chat | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Consommation de viande | Bien cuite <input type="checkbox"/> | Peu cuite <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Travaux de jardinage | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Niveau d'étude | Primaire <input type="checkbox"/> | Moyen <input type="checkbox"/> | Secondaire <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> |

3) Signes cliniques évoquant la toxoplasmose :

| | | |
|---|---|--|
| ➤ Bilan de grossesse | 1 ^{ère} Sérologie <input type="checkbox"/> | Sérologie de contrôle <input type="checkbox"/> |
| ➤ Ganglions : | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Signes oculaires : | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Suspicion de toxoplasmose congénitale : | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Immunodépression : | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Autres : | <input type="checkbox"/> | |

4) Traitement éventuel :

| | |
|---|-------------|
| ➤ Prise de traitement : Oui <input type="checkbox"/> lequel : | posologie : |
| Non <input type="checkbox"/> | |

5) Sérologies antérieures :

| | | |
|--------|------|-------------|
| Date : | N° : | Résultats : |
| Date : | N° : | Résultats : |
| Date : | N° : | Résultats : |

6) Conclusion :

| |
|--|
| |
|--|