



**FICHE DE RENSEIGNEMENT CAS SUSPECT INFECTION A Virus Zika**

Hôpital : .....

Service : .....

Médecin déclarant : .....

Tel: .....

Fax: .....

Email : .....

**Patient**

Nom : ..... Prénom : .....

Age du patient (an): ..... Sexe: M F

Domicile du patient (adresse complète) : .....

Profession : .....

Date début des signes cliniques : ..... / ..... / .....

**SYMPTOMES : SYNDROME FEBRILE : Oui Non**

Céphalées, Myalgies	Arthralgie	Méningés	Rénaux
Eruption cutanée	hémorragiques	Neurologiques	
Conjonctivite	Hépatiques	Troubles oculaires	

Autres symptômes, précisez : .....

**NOTION DE VOYAGE (pendant les 02 semaines précédant le début de la symptomatologie )**

Non Oui , si oui, préciser :

Pays : ..... Lieux : ..... Durée du séjour (Jours ou mois): .....

Date de retour en Algérie : ..... / ..... / ...

**VACCINATION**

<b>Fièvre Jaune (YF)</b>	Non	Oui	<b>Date :</b> ___/___/___
<b>Encéphalite Japonaise</b>	Non	Oui	<b>Date :</b> ___/___/___
<b>Encéphalite à Tique</b>	Non	Oui	<b>Date :</b> ___/___/___

**BIOLOGIE:**

Recherche du Paludisme : Positive Négative en cours

**PRELEVEMENTS Date : ..... / ..... / .....**

Temps écoulé depuis le début des symptômes : moins de 5j entre 5 et 7j plus de 7j

Sérum/Plasma Urine Autre (préciser) : .....

**TRANSPORT DES PRELEVEMENTS DOIT CE FAIRE DANS UNE GLACIERE A + 4 C°.**

Expédier les échantillons sous les **08 heures à +4C°** (transport dans une glacière). Passer ce délai, conserver l'échantillons à basse température (<-20C°) puis l'expédier à +4°C.

**Commentaires et remarques éventuels:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....