



Fiche de renseignements

Diagnostic de la leptospirose

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Profession /Occupation:

Voyage ou déplacement effectué au cours des 3 semaines précédant la maladie

non oui, à

.....

Lieu d'habitation :

rurale

urbaine

N° téléphone :

Visa Hôpital

Date début maladie :

Hospitalisation : oui non si oui, date :

.....

Date du 1^{er} prélèvement :

Date du 2^{ème} prélèvement :

Traitement antibiotique :

Non

Oui

Nature et date :

Symptomatologie :

Syndrome fébrile

atteinte rénale

atteinte pulmonaire

Syndrome méningé

ictère

taux de plaquettes TP

Syndrome algique

atteinte hépatique

uvéïte

Syndrome conjonctivale

diarrhée

atteinte cutanée

Syndrome neuro-encéphalitique

vomissement

Autre, précisez :

Contact avec les animaux :

Rongeurs

cheval

mouton/chèvre

Chien

bœuf

Autre si oui, précisez :

Contact avec l'eau douce et activité à risque

Lieu (x), à précisez :

Baignade

Jardinage

Pêche

Rangement de cave

Aquaculture

Camping/pique nique

En rivière

Sport nautique

Lac ou étang

Autre plan d'eau, précisez :

Marche

NB/ Veuillez compléter tout les renseignements de la fiche.