

LEPTOSPIROSE : FICHE MEDICALE

DONNEES GENERALES

Nom du malade :
Prénom.....
Date de naissance.....

Etiquette du patient

Adresse.....
.....

Téléphone du patient.....

Médecin traitant..... Commune.....

Hospitalisation OUI NON Hôpital :..... Service.....

Date d'entrée..... Date de sortie..... Médecin hospitalier.....

DONNEES CLINIQUES

DATE DES PREMIERS SIGNES..... Nature.....

SYMPTOMATOLOGIE : (mettez une croix dans les cases correspondantes)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Syndrome fébrile | <input type="checkbox"/> Atteinte rénale |
| <input type="checkbox"/> Syndrome algique | <input type="checkbox"/> Atteinte hépatique, ictère |
| <input type="checkbox"/> Syndrome méningé, neuro-encéphalique | <input type="checkbox"/> Atteinte pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Injection conjonctivale | <input type="checkbox"/> Trombopénie (plaquettes < 150 000) |
| <input type="checkbox"/> Atteinte oculaire, uvéite | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |

TRAITEMENT – SOINS : (cochez la réponse adéquate) :

Traitement antibiotique : OUI NON Nature et date :

Passage en réanimation OUI NON

Evolution : FAVORABLE SEQUELLES DECES Ne se prononce pas

OBSERVATIONS :

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

HYPOTHESE DE CONTAMINATION

:

POSSIBILITE DES CAS GROUPES OUI NON exemple : compétition sportive, nettoyage après inondation, exposition collective, etc.

DONNEES BIOLOGIQUES

DATE DE PRELEVEMENT :

RESULTATS : Attention : Merci de joindre la feuille de résultat biologique en annexe

PCR Positif Négatif En cours Non fait

MAT Positif Négatif En cours Non fait

ELISA Positif Négatif En cours Non fait

A

Le

Nom, signature et **TAMPON**

A RETOURNER PAR

Fax
CVAGS
A l'attention du médecin de l'ARS
0262 93 94 56

Mail
ARS-OI-SIGNAL-REUNION@ars.sante.fr