INSTITUT PASTEUR
DE NOUVELLE-CALEDONIE

D.A.S.S.
N.C.

Réseau Sentinelle GRIPPE

Fiche de renseignements à joindre aux prélèvements
(transmise à la DASS si cas confirmé)

(Etiquette laboratoire)

Cadre à remplir par le Médecin Sentinelle :

Identification du Prescripteur :

- Nom :
- Adresse : *(Tampon professionnel*
- Téléphone : *et signature du Médecin)*

Identification du Patient :

- Nom : ……..……Prénom : ……..…
- Date de Naissance : ……/……/…… Sexe : F☐ M☐.
- Adresse : ……..…….……..……..……

Contexte épidémiologique (merci de bien recueillir les informations vaccinales) :

- Cas isolé ☐ Epidémie familiale ☐ Autre (précisez) :……..…..
- Non vacciné contre la grippe ☐ Vacciné ☐ date :……/……/……
- Déplacement récent hors NC : ☐ Non ☐ Oui, lieu/date : ……

Clinique :

- Date d'apparition des signes cliniques :……/……/……

- Signes présents :

Fièvre	☐	T° max. :……°C		Rhinite	☐
Début brutal	☐	Asthénie	☐	Courbatures, myalgies	☐
Toux	☐	Céphalées	☐	Pharyngite	☐

Autres symptômes (à préciser) :……...……

Prélèvements effectués (ou à faire) :

- Date du prélèvement :……/……/……
- Nature du prélèvement : Écouvillonnage nasal ☐
  Prélèvement pharyngé ☐
- Matériel adressé : Lames pour immunofluorescence directe ☐
  Milieu de transport pour culture virale ☐

Cadre à remplir par le Laboratoire :

Analyses réalisées :

- Examen direct ☐ ……. Isolement ☐ …….

Conclusion LABO :

NEG	GA	GB	P3	VRS
Envoyé	H1N1	H3N2	Autre :	

IPNC, BP 61 - 98845 Nouméa Cedex, Téléphone : 687 27 02 85 Télécopie : 687 27 33 90