

LEPTOSPIROSE

Fiche de renseignements à joindre aux prélèvements

A transmettre à la DASS NC au titre des M.D.O. :

☐ OUI (merci de signer le cadre ci-dessous)

(Etiquette laboratoire)

Cadre à remplir par le Médecin Prescripteur :

Identification du Prescripteur :

- Nom : (Tampon professionnel
et signature du Médecin
si déclaration MDO souhaitée)
- Adresse :
- Téléphone :

Identification du Patient :

- Nom : Prénom :
- Date de Naissance :/...../..... Sexe : F ☐ M ☐.
- Lieu de séjour au cours des 6 derniers mois (zone possible de contamination) :
.....
- Profession :

Contexte épidémiologique :

- **Contact avec les animaux :** Bovins: ☐ Porcs : ☐ Chevaux : ☐ Chiens : ☐
Rats : ☐ Cerfs : ☐ Autres :
- **Loisirs :** Pêche (eau douce) : ☐ Baignade (eau douce) : ☐ Chasse : ☐
Autres : précisez :
- **Antécédents de Leptospirose :** NON ☐ OUI ☐ date :

Clinique :

- Date de début de la maladie :/...../.....
- Signes présents :
- | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Fièvre | oui ☐ | non ☐ | Suffusions conjonctivales | oui ☐ | non ☐ |
| Céphalées | oui ☐ | non ☐ | Syndrome pulmonaire | oui ☐ | non ☐ |
| Myalgies | oui ☐ | non ☐ | Syndrome méningé | oui ☐ | non ☐ |
| Ictère | oui ☐ | non ☐ | Syndrome cardiaque | oui ☐ | non ☐ |
| Hémorragies | oui ☐ | non ☐ | Syndrome rénal | oui ☐ | non ☐ |
| Taux de plaquettes | :/mm ³ | | | | |

Traitement initié :

Cadre à remplir par le Laboratoire :

Prélèvement(s) reçu(s) : Sang ☐ Urine ☐ Date:/...../.....

Analyses réalisées et résultats :

- Profil précoce PCR ☐ Isolement ☐ MAT ☐
- Profil tardif PCR ☐ Isolement ☐ MAT ☐

Conclusion Labo :

Sérogroupe en cause :

Cas Non Confirmé

Cas Confirmé