

FICHE DE RECUEIL DES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES RICKETTSIOSE BOUTONNEUSE

ETAT CIVIL

NOM :NOM
D'EPOUSE.....

PRENOM :

SEXE M
 F

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

HOPITAL :SERVICE :
.....

MEDECIN TRAITANT :

CODE POSTAL :VILLE :
.....

FACTEURS DE RISQUE

REGION OU LE PATIENT A ETE INFECTE
Préciser.....

CONTACT AVEC DES ANIMAUX OUI NON
Préciser.....

CONTACT AVEC DES TIQUES OUI NON

PIQURE DE TIQUE OUI NON

PRESENTATION CLINIQUE

DATE DU CONTAGE :/...../.....

DATE DE DEBUT DES SYMPTOMES :/...../.....

FIEVRE \geq 39°C OUI NON

MYALGIES OUI NON

ARTHRALGIES OUI NON

CEPHALEES OUI NON

ERUPTION OUI NON

MACULO-PAPULEUSE OUI NON

Autre, préciser.....

ESCARRE D'INOCULATION OUI NON

Préciser la localisation.....

ESCARRES MULTIPLES OUI NON

Préciser la localisation.....

ADENOPATHIES OUI NON

LYMPHANGITE OUI NON

Autres symptômes.....

EVOLUTION

TRAITEMENT ATB : Posologie...../jour Durée.....jours

GUERISON OUI NON

DECES OUI NON

SEQUELLES OUI NON

Décrire.....

BIOLOGIE

PLAQUETTES < 150 G/l
TRANSAMINASES > 50 G/l

OUI
OUI

NON
NON

Selon la loi de bioéthique de 2004, les patients doivent être informés que les résultats de leurs investigations pourront être utilisées à des fins de recherche et être publiés après avoir été rendus anonymes.