

**RECHERCHE DE VIRUS INFLUENZA
 POUR SENTINELLE**

Réservé au laboratoire

N° d'échantillon :

Code médecin : N° du formulaire de déclaration : N° du patient :									
MÉDECIN	PATIENT								
Nom :	Date de naissance complète <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
Prénom :	Nom :								
Adresse :	Prénom :								
NP : Ville :	Sexe féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>								
☎ : Fax:	Localité : Canton :								
RENSEIGNEMENTS SUR ECHANTILLONS									
Prélèvement d'échantillons : <input type="checkbox"/> Frottis naso-pharyngé Autre : Date :									
Maladie : Début, il y a <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 jours a) <input type="checkbox"/> Début de maladie aigu									
b) <input type="checkbox"/> Fièvre >38° C c) <input type="checkbox"/> 37-38° C d) <input type="checkbox"/> Myalgies e) <input type="checkbox"/> Maux de tête f) <input type="checkbox"/> Toux									
g) <input type="checkbox"/> Pneumonie Autres symptômes:									
<input type="checkbox"/> Mal. chronique / immunosuppr.: <input type="checkbox"/> Grossesse									
Vaccination : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu Date (jj/mm/aa):/...../ 20....									
Agripal <input type="checkbox"/> Mutagrip <input type="checkbox"/> Fluarix <input type="checkbox"/> Fluad <input type="checkbox"/> Influvac <input type="checkbox"/> Influxal V <input type="checkbox"/> Optaflu <input type="checkbox"/> Autre :									
RÉSISTANCE POST-THÉRAPEUTIQUE									
Thérapie suivie avec des médicaments antiviraux au cours des derniers 14 jours:									
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Le patient lui-même <input type="checkbox"/> Autre personne hébergé avec le patient									
Recours à : <input type="checkbox"/> Tamiflu <input type="checkbox"/> Relenza <input type="checkbox"/> Symmetrel Autre:									
DEMANDE DE MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE									
Set complet pour : <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 prélèvements									
Seulement :x milieux de transportx écouvillons									
.....x enveloppes blanchesx feuilles de demande									

Prélèvements : Il est recommandé de faire un frottis nasal profond et un frottis de gorge. Utilisez 2 écouvillons que vous introduisez ensemble dans un seul tube de milieu de transport, et dont vous cassez ensuite les tiges.

Renseignements : Pour tout renseignement, veuillez vous adresser au Dr. A.R. Gonçalves Cabecinhas ☎ 022/372.40.81 ou par Mail à agnv@hcuge.ch ou par Fax au 022/ 372 40 97.