

Fiche de renseignements cliniques Détection du génome du virus Monkeypox par PCR (code MPOX)

PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : _____ Sexe : F M

Date et heure de prélèvement : _____ à _____ h _____ min.

ÉTABLISSEMENT PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE PRÉLEVEUR

Nom :

Service :

Adresse :

CP : _____ Ville :

Email :



Transport de l'échantillon  **Matières biologiques, catégorie B**

Réalisée en cas de doute diagnostique (symptomatologie atypique et/ou contexte de contamination non caractérisé)

OUI NON*

*Si non, la détection du virus Monkeypox ne sera pas réalisée

1. Site(s) de prélèvement (obligatoire)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Écouvillonnage lésions cutanées | <input type="checkbox"/> Biopsie / Localisation : |
| <input type="checkbox"/> Écouvillonnage génital | <input type="checkbox"/> Pus / Localisation : |
| <input type="checkbox"/> Écouvillonnage anal | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Écouvillonnage oropharyngé ou nasopharyngé | |

2. Signes cliniques évocateurs (obligatoire)

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Eruption cutanée | <input type="checkbox"/> Signes digestifs | <input type="checkbox"/> Signes neurologiques |
| <input type="checkbox"/> Adénopathies | <input type="checkbox"/> Lésions des muqueuses | <input type="checkbox"/> Atteinte pulmonaire | |

3. Contexte de contamination (obligatoire)

- Contact sexuel à risque
- Contact patient infecté : Contact sexuel
 Lésions cutanées
 Autres :
- Non caractérisé / autre.....

4. Statut vaccinal

Vaccin antivariolique OUI Année : _____
 NON

En l'absence de renseignements, la détection du génome du virus Monkeypox ne sera pas réalisée.