

Demande de sérologie de la dengue

Fiche de renseignements à joindre à l'ordonnance

**Le prélèvement doit être effectué
au minimum 5 jours après l'apparition des premiers symptômes**

Date de prescription :/...../.....

Nom, Prénom, téléphone et Fax,
ou cachet du médecin prescripteur :

Cachet du Médecin

Renseignement concernant la suspicion de dengue

Date de **début des signes cliniques** :/...../.....

Date de **réalisation du prélèvement** :/...../.....

(à compléter impérativement par le laboratoire préleveur)

2^{ème} prélèvement concernant cette suspicion⁽¹⁾ :

OUI NON

Cachet du Laboratoire préleveur

⁽¹⁾ Case à cocher si un prélèvement a déjà été effectué pour ce patient dans le cadre de cette même suspicion de dengue, afin de suivre l'évolution des titres d'anticorps

Caractéristiques du patient

(Informations indispensables pour déclencher l'intervention des services de démoustication)

NOM : Prénom :

Sexe : H F Date de naissance :/...../.....

Adresse (en Martinique) :

N° de Téléphone : Commune :

Si autre(s) lieu(x) de contamination possible dans les 15 jours précédant les signes, (travail, loisirs, séjour hors Martinique...) préciser:

Si le patient réside habituellement hors de Martinique, préciser :

Données biologiques - signes de gravité

Présence d'au moins 1 signe de gravité: OUI NON - Si OUI cochez le ou les signes présentés :

<input type="checkbox"/> Hémorragies viscérales	<input type="checkbox"/> Hémorragie cutaneo-muqueuse	<input type="checkbox"/> Signes de choc (cyanose, oligo-anurie...)	<input type="checkbox"/> Hyperméabilité capillaire (épanchements séreux...)
<input type="checkbox"/> Brutale baisse de température	<input type="checkbox"/> Malaise, syncope	<input type="checkbox"/> Troubles neuropsychiques	<input type="checkbox"/> Vomissements importants persistants
<input type="checkbox"/> Douleurs abdominales intenses persistantes	<input type="checkbox"/> Hépatomégalie chez l'enfant	<input type="checkbox"/> Thrombopénie < 30000	<input type="checkbox"/> Augmentation de 10% de l'hématocrite
<input type="checkbox"/> Hypoprotidémie < 50g/l	<input type="checkbox"/> ASAT > 10 fois la normale	<input type="checkbox"/> Hyperleucocytose > 15 000/mm ³	<input type="checkbox"/> Créatinine > 200µmole/l (en l'absence d'IR connue)

***Cette fiche doit être complétée par le médecin prescripteur, le patient et le laboratoire préleveur
Elle doit être transmise au laboratoire réalisant la sérologie***

Les fiches de demandes de sérologie peuvent être demandées à la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS) :

Docteur Thierry CARDOSO - Mme Yvette NADEAU

DSDS DE LA MARTINIQUE – CELLULE DE VEILLE SANITAIRE

Centre d'Affaires "AGORA" B.P. 658 - ZAC de l'Etang Z'Abriocot - Pointe des Grives - 97261 Fort de France Cedex

Tél. 05 96 39 42 53 – 05 96 39 42 70 - Fax 05 96 39 44 14 - Email : yvette.nadeau@sante.gouv.fr - thierry.cardoso@sante.gouv.fr