

## IDENTIFICATION DES INFECTIONS ARBOVIRALES AU GABON

### FICHE DE RECUEIL DES DONNEES

Etablissement sanitaire : .....

Date d'inclusion...../ / / / / / / /

#### IDENTITÉ

Nom.....Prénom.....

Age.....

Sexe.....M F

Profession.....

Domicile .....Téléphone.....

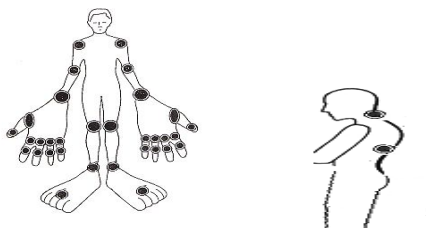

#### ANAMNÈSE

Date de début des symptômes.....

	Absente	Minime	Modérée	Importante (Intensité)	
Fièvre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Température.....°C
Asthénie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Myalgies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Céphalées.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arthralgies:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	


Entourer le siège des Arthralgies




Digestifs

	Absente	Minime	Modérée	Importante (Intensité)	
Nausées.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vomissement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarrhées.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eruption cutanée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser le type si présente
Hémorragie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser le type si présente


Autres signes fonctionnels (à préciser).....

## ÉXAMEN CLINIQUE

### *Signes généraux :*

Etat général..... Bon                       Mauvais  
Conjonctives.....  
T.A.....mmHg  
Pouls.....bpm

### *Examen neurologique*

Score de Glasgow...../15

Troubles moteurs.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, préciser	<input type="checkbox"/>
Troubles des réflexes(ROT/Babinsky)...	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Raideur méningée/Photophobie.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/>
Raideur de la nuque.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/>

*Autres:*.....  
:.....  
:.....  
:.....  
:.....  
:.....  
:.....

## DONNEES DU LABORATOIRE

*NFS* : GB...../mm<sup>3</sup> Neutro(%).....Lympho(%).....   
GR:...../mm<sup>3</sup>.....Hb.....g/dl... Plaquettes...../mm<sup>3</sup>... VS.....   
*GE* :.....   
GOT.....GPT.....  
Urée.....Créatininémie.....Acide urique.....  
*LCR*.....Glyco/Protéinorachie.....Cytologie.....N(%).....L(%).....

## TRAITEMENT

.....  
.....  
.....  
.....

## DIAGNOSTIC VIROLOGIQUE

.....   
.....

## OBSERVATIONS

.....