

RESEAU DE SURVEILLANCE DE LA TRICHINELLOSE

FICHE DE DECLARATION INDIVIDUELLE	déclarant			
Année de déclaration		Intitulé ou tampon		
Identification du patient 3 premières lettres du nom, première lettre du prénom				
Date de naissance		Sexe (M,F)		
Commune de résidence				Départ.
Date du diagnostic initial				
Biopsie musculaire	faite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Résultat: positive <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/>
Sérodiagnostic	fait	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Résultat: positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/>
Sérologie	Type	Seuil	Résultat	
Technique n°1				
Technique n°2				
Western-blot	fait	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Résultat: positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/>
Symptomatologie	OUI	NON	NSP	Complications
Fièvre > 39°				OUI
Myalgies				NON
Oedème facial				NSP
Enzymes musculaires élevées				Eosinophilie
				/ mm3
				/ mm3
Nombre de cas familiaux ou dans l'entourage				
Date supposée de la contamination				
Lieu supposé de la contamination :				
Cause supposée :	sanglier <input type="checkbox"/>	cheval <input type="checkbox"/>	porc <input type="checkbox"/>	autre <input type="text"/>
Provenance:	détaillant <input type="checkbox"/>	grande surface <input type="checkbox"/>	chasse <input type="checkbox"/>	restaurant <input type="checkbox"/> autre <input type="text"/>
En cas d'impossibilité de fournir certains renseignements demandés, veuillez nous communiquer les coordonnées du médecin traitant ayant adressé le patient ou du laboratoire ayant adressé le prélèvement.				
Nom				
Adresse				
Téléphone				