

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
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°	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	neurologique
Myalgies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	cardiaque
Oedème facial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	décès
Enzymes musculaires élevées	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eosinophilie / 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="checkbox"/>		
Provenance: détaillant <input type="checkbox"/> grande surface <input type="checkbox"/> chasse <input type="checkbox"/> restaurant <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>		
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		