

## RESEAU DE SURVEILLANCE DE LA TRICHINELLOSE

<b>FICHE DE DECLARATION INDIVIDUELLE</b>	déclarant						
Année de déclaration		Intitulé ou tampon					
<b>Identification du patient</b> 3 premières lettres du nom, première lettre du prénom							
Date de naissance		<b>Sexe ( M,F)</b>					
<b>Commune</b> de résidence				<b>Départ.</b>			
Date du diagnostic initial							
Biopsie musculaire	faite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<b>Résultat:</b> positive <input type="checkbox"/>	négative <input type="checkbox"/>		
Sérodiagnostic	fait	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<b>Résultat:</b> 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"/>	<b>Résultat:</b> positif <input type="checkbox"/>	négatif <input type="checkbox"/>		
Symptomatologie	OUI	NON	NSP	Complications	OUI	NON	NSP
Fièvre > 39°				neurologique			
Myalgies				cardiaque			
Oedème facial				décès			
Enzymes musculaires élevées				Eosinophilie		/	mm3
						/	mm3
<b>Nombre de cas familiaux ou dans l'entourage</b>							
<b>Date supposée de la contamination</b>							
<b>Lieu supposé de la contamination :</b>							
<b>Cause supposée :</b>	sanglier <input type="checkbox"/>	cheval <input type="checkbox"/>	porc <input type="checkbox"/>	autre			
<b>Provenance:</b>	détaillant <input type="checkbox"/>	grande surface <input type="checkbox"/>	chasse <input type="checkbox"/>	restaurant <input type="checkbox"/>	autre		
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							