|  |  |
| --- | --- |
|  | **Centre Hospitalier de Versailles - Service de Biologie Médicale 177 rue de Versailles - 78157 LE CHESNAY Cédex**  **Secrétariat : 01 39 63 87.51** |

|  |
| --- |
| **FICHE de RENSEIGNEMENTS – A remplir obligatoirement**  **Recherche de Monkeypox virus**  Biologiste – ligne dédiée : 01.39.63.85.86 |

|  |
| --- |
| Date de prélèvement Heure de prélèvement  ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐  Jour mois année heure minutes |

|  |
| --- |
| Nom :………………………………………..………. Prénom :……………………………  Date de Naissance :…………………………….  Médecin prescripteur …………………………  Numéro de téléphone du médecin prescripteur :………………………………..  Etablissement et service demandeur :………………………………………….  Numéro de fax pour le rendu des résultats :……………………………… |

|  |
| --- |
| **Type de prélèvements**  □ **Prélèvements cutanéomuqueux :**  Ecouvillonnages et/ou biopsies de lésions cutanées et/ou lésions muqueuses hors sphère ORL (génitaux et anaux)  □ **Prélèvements de la sphère ORL**: écouvillonnages oropharyngés (nasopharyngés possibles)  **Autre :** |

|  |
| --- |
| **Renseignements cliniques**  Cas contact avec un patient avéré positif □oui □non |

**Nous traiterons uniquement les prélèvements pour lesquels la fiche de renseignement sera intégralement remplie.**

**SBM-B-PRE-FE-042- V01**