

Anaplasmose granulocytaire humaine

PATIENT

Deux premières lettres du nom : _____
Deux premières lettres du prénom : _____
Sexe : M F Naissance : _____
Mois Année
Commune de résidence :
Code postal : _____
Profession :

Critères de signalement :

Toute personne présentant de la fièvre (T°C >38°C) avec un bilan sanguin indiquant une cytolyse hépatique, une thrombopénie et/ou une leucopénie

ET au moins un des critères biologiques suivants :

- séroconversion ou augmentation significative (x4) des anticorps spécifiques anti-*Anaplasma phagocytophilum* dans deux prélèvements consécutifs ;
- détection par PCR dans un prélèvement ;
- présence de morulae sur le frottis sanguin.

EXPOSITIONS À RISQUE

Lieu(x) habituellement fréquenté(s) : Commune Activité(s) pratiquée(s)
 Forêt Prairie Agriculture Jardin public ou privé
 Forêt Prairie Agriculture Jardin public ou privé
 Forêt Prairie Agriculture Jardin public ou privé

Notion de piqûre de tique dans les 6 semaines : Non Oui

Si oui : lieu(x) d'exposition :

Forêt Prairie Agriculture Jardin public ou privé Préciser :

Commune (à défaut département, région, canton ou pays si hors Alsace) :

Activité(s) pratiquée(s) :

Date de la piqûre : _____ Durée d'attachement : heures ou jours

Contact avec des animaux : Non Oui, Préciser :

Voyages au cours du mois précédent : En France : date retour : _____ Région(s) :

À l'étranger : date retour : _____ Pays :

CLINIQUE

Date des 1^{ers} signes cliniques : _____ Date du diagnostic clinique : _____

Manifestations générales :

Fièvre : (T°C >38°C)

Autres manifestations, lesquelle(s) :

BIOLOGIE

Anomalies NFS :

Cytolyse hépatique Thrombopénie Leucopénie

ELISA :

_____ 2, 0, _____ IgG..... IgM..... Positif Négatif Douteux
_____ 2, 0, _____ IgG..... IgM..... Positif Négatif Douteux

WESTERN BLOT :

_____ 2, 0, _____ IgG..... IgM..... Positif Négatif Douteux
_____ 2, 0, _____ IgG..... IgM..... Positif Négatif Douteux

PCR :

Nature du prélèvement : _____ Positif Négatif

Morulae sur le frottis sanguin : Non Oui

TRAITEMENT

Traitement antibiotique (prévu ou réalisé) : Non Oui

Nature :

Posologie :

Date : _____ 2, 0, _____ Durée (jours) :

MÉDECIN

Date : _____ 2, 0, _____

Nom :

Tampon :