

Encéphalite à tiques

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 des signes cliniques d'inflammation du système nerveux central (méningite, méningoencéphalite, encéphalomyélite, encéphaloradiculite)

ET au moins un des critères biologiques suivants :

- détection d'anticorps spécifiques anti-TBE IgM ET IgG dans le sérum ;
- détection IgM dans le LCR ;
- séroconversion ou augmentation significative (x4) des anticorps spécifiques anti-TBE dans deux prélèvements consécutifs ;
- détection par PCR dans un prélèvement ;
- isolement du virus dans un prélèvement.

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

Consommation de lait cru ou de fromage : 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 :

Syndrome pseudo-grippal +/- pharyngite Syndrome fébrile

Manifestations neurologiques :

Syndrome méningé Syndrome encéphalitique Encéphalomyélite Encéphaloradiculite Myélite

Préciser : _____

Manifestations cardiaques, laquelle(s) : _____

Autres manifestations, laquelle(s) : _____

BIOLOGIE

ELISA :

_____ IgG..... IgM..... Positif Négatif Douteux

_____ IgG..... IgM..... Positif Négatif Douteux

WESTERN BLOT :

_____ IgG..... IgM..... Positif Négatif Douteux

_____ IgG..... IgM..... Positif Négatif Douteux

PCR :

Nature du prélèvement : _____ Positif Négatif

Isolement :

Nature du prélèvement : _____ Positif Négatif

VACCINATION

Antécédents de vaccination :

Vaccination TBE : Non Oui

Si oui, date : _____

Vaccination encéphalite japonaise : Non Oui

Si oui, date : _____

Vaccination fièvre jaune : Non Oui

Si oui, date : _____

MÉDECIN

Date : _____

Nom : _____

Tampon :