Cliquez pour nous renvoyer le formulaire

Nécessite un ordinateur relié à internet et un client de messagerie valide.

Si l'envoi automatique ne fonctionne pas : Enregistrez le fichier et envoyez le en pièce attachée à cnr-leishmania@chu-montpellier.fr

Centre National de Référence des *Leishmania*
Laboratoire de Parasitologie
CHU de Montpellier (Site Antonin Balmés)
39, Avenue Charles Flahault
34295 Montpellier
Tél : (33) 467 33 23 50 - Fax : (33) 467 33 23 58

DECLARATION DE CAS DE LEISHMANIOSE

Identité du correspondant

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Votre référence anonymisée du patient:

Date de naissance : jj/mm/aaaa Sexe : M ☐ F ☐

Nationalité : ..... Profession : .....

N. B. : Conformément à la délibération de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés n 85-07 du 19/2/1985, cette partie fait l'objet d'un fichier séparé auxquels seuls ont accès les responsables du CNRL. Elle a pour but d'éviter plusieurs enregistrements d'un même malade.

EPIDEMIOLOGIE

Lieu de naissance : ville : .....département :.....Pays :.....

Lieu actuel de résidence : ville :..... département :..... Pays : .....

Lieux de résidences ou déplacements pendant l'année précédant le diagnostic de leishmaniose (notamment juin à sept. pour le pourtour méditerranéen) *(Eventuellement sur plusieurs années : préciser l'année)*

- ✓ ……
- ✓ ……
- ✓ ……
- ✓ ……

Lieu présumé de contamination ……

Durée d'évolution de la maladie avant le diagnostic (en mois) : .....

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

Sujet HIV : positif ☐ négatif ☐ Facteur(s) de risque VIH : .....

Taux de lymphocytes TCD 4 : ..... /mm^3

Sujet greffé : oui ☐ non ☐ Organe greffé : .....

Traitement immunosuppresseur : oui ☐ non ☐ Type de traitement : .....Durée : .....

PARAMETRES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

1) Leishmaniose viscérale

☐ Asthénie ☐ Fièvre ☐ Amaigrissement ☐ Adénopathies ☐ Splénomégalie ☐ Hépatomégalie ☐ Ictère

☐ Hémorragies ☐ Pâleur cutanée ☐ Œdèmes Signes cutanés :.....

Autres : .....

Anémie ☐ (Taux Hb :…….. g/L) ; Neutropénie ☐ (GB : ……../ G/L) Thrombopénie ☐ (Plaquettes : ……..... / G/L)

Hypergammaglobulinémie oui ☐ non ☐

2) Leishmaniose cutanée

Lésion : unique : ☐ multiple : ☐ nombre : .....

Siège : ....

Type : ☐ ulcération ☐ nodule autre (préciser): . . . .

……..

3) Atteinte muqueuse

Lésion muqueuse : unique : ☐ multiple : ☐ nombre : ....

Siège : ....

Type : ☐ ulcération ☐ destruction tissulaire ☐ nécrose autre (préciser)..... . .. .

……

DIAGNOSTIC

Date du diagnostic de leishmaniose : mois/année

Laboratoire ayant fait le diagnostic parasitologique :.. ....

Examen direct après coloration : ☐ positif ☐ négatif Organe (ou tissu) : ....

Culture *in vitro* : ☐ positive ☐ négative Organe (ou tissu) :..... ....

Recherche par PCR : ☐ positive ☐ négative

Diagnostic immunologique : ( )UI ☐ positif ☐ négatif * confirmé par Immunoempreinte : oui ☐ non ☐