

# FIÈVRE Q - INFECTIONS À *Coxiella burnetii*

NOM :  
 Prénom : Sexe :  
 Date de naissance (âge à la date de prélèvement) : (ans)

Hôpital/Service/Région :  
 Médecin/Biologiste Médical(e) :  
 E-mail/Tél :

**Important :**  
**AUTRE(S) RENSEIGNEMENT(S)  
 CLINIQUE(S) ET/OU BIOLOGIQUE(S)  
 ET/OU RADIOLOGIQUE(S)**

**SUSPICION - DIAGNOSTIC**

• Diagnostic de fièvre Q déjà connu ? oui  non

• **Maladie**

- Date début de la maladie :
- Fièvre : oui  non
- Cytolyse hépatique : oui  non
- Pneumonie : oui  non
- Inf ostéo-articulaire : oui  non
- Lymphadénite : oui  non
- Lymphome : oui  non

• ETT : oui  ..... non

• ETO : oui  ..... non

• PET scan : oui  ..... non

• **Signes associés aux antiphospholipides**

- TCA allongé : oui  ..... non
- Endocardite aiguë : oui  ..... non
- Thrombose : oui  ..... non
- Méningite : oui  ..... non
- Cholécystite : oui  ..... non
- Syndrome d'activation macrophagique : oui  non

**TERRAIN À RISQUE**

• Valvulopathie : oui  ..... non  ne sait pas

• Vasculaire : oui  ..... non  ne sait pas

• Grossesse : oui  ..... non  ne sait pas

• Immunodépression : oui  ..... non  ne sait pas

- VIH : oui  non  ne sait pas
- Greffé : oui  ..... non  ne sait pas
- Autre → précisez SVP :

• Contact animaux : oui  ..... non  ne sait pas

• Profession :

• Autre(s) → précisez SVP :

**TRAITEMENT(S) ANTI-INFECTIEUX REÇU(S)**

Anti-infectieux utilisé(s) :  
 Date début :  
 Durée (jours) :

**RESULTAT(S) CONNU(S) AVANT ENVOI AU CNR**

Sérologie/Technique :  
PCR/gène(s) ciblé(s) :