

Laboratoire de Virologie

Service de médecine de laboratoire  
Département de médecine génétique et de laboratoire  
Service des maladies infectieuses  
Département de médecine interne

**Centre National de l'Influenza (CNI)**  
**Office Fédéral de la Santé Publique**

**CONFIRMATION de virus Influenza A (H1N1)**

Réservé au laboratoire

**Cette analyse est faite sur le prélèvement clinique original et uniquement pour les laboratoires de diagnostic.**

**RENSEIGNEMENTS LABORATOIRES**

Résultat :  POS  NEG  Douteux Date : .....

**MÉDECIN ou LABORATOIRE**  
(avec Adresse)

**PATIENT**  
(avec adresse)

Nom : .....

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Prénom : .....

NP : ..... Ville : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

☎ : .....

Adresse : .....

**FAX (OBLIGATOIRE) :** .....

NP : ..... Ville : .....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Date du frottis nasopharyngé : ...../...../.....

Date début des symptômes : ...../...../.....

Oseltamivir (Tamiflu)  oui  non

Zanamivir (Relenza)  oui  non

Fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ :  oui  non

Syndrome grippal :  oui  non

Syndrome respiratoire supérieur :  oui  non

Syndrome respiratoire inférieur :  oui  non

Pneumonie :  oui  non

Voyage :  oui, pays : .....  non