

**Suspicion d'angiostrongylose nerveuse (méningite à éosinophile)**

**Laboratoire ou Service expéditeur**

Nom du laboratoire / Service : .....  
Médecin prescripteur : .....  
Tél. : .....

**Médecin traitant**

Nom : .....  
Tél. : .....  
Courriel : .....

**Renseignements patient**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  F  H  
Date de naissance : ..... Lieu de résidence : .....  
Présence d'achatines (escargots) dans l'environnement :  Oui  Non  
Consommation d'achatines :  Oui  Non  
Manipulation d'aliments souillés par les achatines :  Oui  Non (Préciser : .....) )

**Examen clinique**

Date de début des signes : .....  
Syndrome méningé :  Oui  Non (Préciser : ..... )  
Fièvre :  Oui  Non  
Signes de focalisation :  Oui  Non (Préciser : ..... )  
Signes digestifs :  Oui  Non (Préciser : ..... )  
Autres signes : .....

**Ponction lombaire**  Oui  Non

Date : .....  
Hypertension intracrânienne  Oui  Non  NA  
Autres observations : .....

**Imagerie cérébrale**  Oui  Non

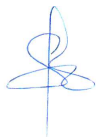
Date : ..... Principales anomalies observées : .....

**Examens biologiques**

Hyperéosinophilie sanguine :  Oui  Non (Préciser : ..... )  
LCR : Protéinorachie : ..... Glycerachie : ..... Cytologie : .....

**Institut Pasteur de la Guadeloupe** – Morne Jolivière – 97139 ABYMES (Horaires : 8h-17h du Lu - Ve)  
Tél. & courriel :  
**Standard:** 0590.89.69.40. Fax : 0590.89.69.41 [accueilbm@pasteur-guadeloupe.fr](mailto:accueilbm@pasteur-guadeloupe.fr)  
**Biologistes:** S. Guyomard: 0590.89.76.57. A. Talarmin : 0590. 89.76.60. [biologistes@pasteur-guadeloupe.fr/](mailto:biologistes@pasteur-guadeloupe.fr/)

Rédigé par :  
Nom : Stéphanie GUYOMARD  
Fonction : B  
Visa :



Vérifié par :  
Nom : Antoine TALARMIN  
Fonction : B  
Visa :



Approuvé par :  
Nom : Stéphanie GUYOMARD  
Fonction : B  
Visa :

