**Demande d’avis**

**Suspicion de gale commune**

***Vstupní požadavek***

***Podezření na svrab***

Nom prénom : ……………………………………………………..

*Příjmení, jméno:*

DDN : ………………….

*DDN :*

Date de la demande ………………….

*Datum žádosti*

Personne à l’origine de la demande ………………….

*Osoba zadávající žádost*

Réfèrent sanitaire : nom- prénom -adresse mail – métier (IDE ou médecin) / *Zdravotní poradce: Příjmení/ Jméno / E-mail / Profese*

Nom de la structure …………………………….

*Název organizace*

Adresse : ……………………………..

*Adresa:*

Personne responsable : nom- prénom -adresse mail :

*Odpovědná osoba: Příjmení/ Jméno / E-mail :* ……………………………..

Nbre de personnes hébergées …………

*Počet hostovaných osob*

………………………………………………………….

***Description du cas suspect :***

***Popis podezřelého případu:***

Date d’arrivée en France : …………

*Datum vstupu do Francie:*

Lieux de vie fréquentés récemment (dans les 15 jours)…………………………………………………….

*Nedávno navštívené obytné prostory (za posledních 15 dní)*

Date d’arrivée dans le centre ……………………………………………………………………………………..

*Datum příjezdu do centra*

Situation d’hébergement :

*Stav ubytování*

- en gymnase / *v tělocvičně* :   oui / *ano* non/*ne*

- en chambre / *v pokoji* : oui/*ano* non/*ne*

si chambre partagée : préciser le nombre de personnes :

*pokud sdílíte pokoj, uveďte počet osob*

ATCD médicaux : préciser …………

*Lékařská anamnéza: uveďte …………*

***Les éléments de suspicion de gale commune / Podezřelé prvky svrabu***

Date de début des signes : ………………………………..

*Datum počátečních varovných znamení*

**Prurit observé** : oui / *ano* non/*ne*

***Svědění***

**Prurit à recrudescence nocturne** : oui / *ano* non/*ne*

***Zvýšení svědivosti v noci***

**Lésions cutanées** : oui / *ano* non/*ne*

***Kožní léze***

**Localisation des lésions** : préciser la(les) localisation(s):…………………

***Umístění lézí:*** *označte místa*

Espaces interdigitaux dorsaux des mains oui/*ano* non/*ne* ; Face antérieure des poignets oui/*ano* *non*/ne

*Interdigitální dorzální prostory rukou Přední strana zápěstí*

Coudes oui/*ano* non/*ne*  ; Plis axillaires oui/*ano* non/*ne*  ; Fesses oui/*ano* non/*ne*  ;

*Lokty Podpaždí Hýždě*

Aréoles mammaires oui/*ano* non/*ne*  ; organes génitaux masculins oui/*ano* non/*ne*

*Prsní dvorce Mužský genitál*

Autres : préciser

*Ostatní: upřesněte*

**Description des lésions** : en clair ………………………………………….

***Popis lézí****: do detailu*

**Présence de sillon scabieux** : oui/*ano* non/*ne*

***Přítomnost svrabové vyrážky***

**Contact rapproché avec une personne ayant été traitée récemment** : oui/*ano* non/*ne*

***Blízký kontakt s nedávno léčenou osobou***

**Contact rapproché avec une personne qui se gratte** : oui/*ano* non/*ne*

***Blízký kontakt s osobou, která se škrábe***

**Antécédent récent de gale** oui/*ano* non/*ne* préciser :

***Nedávná historie svrabu****upřesněte*

Si oui :

*Pokud ano*

-Traitement reçu : oui/*ano* non/*ne*

*Předepsaná léčba*

-Si oui, préciser:

*pokud ano, upřesněte*

Benzoate de benzyle oui/*ano* non/*ne* ; durée du traitement local:

*Benzylbenzoát Doba trvání lokální léčby*

Ivermectine oui/*ano* non/*ne*  ; Local/*lokálně*  ; ou/*nebo* PO/*orálně*  ; SI PO, nb de prises :

*Ivermectin při orálním podání, počet dávek*

-Y a-t il eu un traitement ou un changement de linge oui/*ano* non/*ne* ;

*Podstoupili jste léčbu změnou oblečení*

-Y at il eu un traitement de l’entourage oui/*ano*  non/*ne*

*Bylo léčeno vaše okolí*

***Photos  / Fotky***

Appareil : ………………………….

*Přístroj*

Nombre de prises : …………...

*Počet fotek*

Localisation(s) : ……………………………………………………………………..

*Lokalizace*

Avec zoom ou dermatoscope,  préciser : …………………………….

*Pomocí zaostření nebo dermatoskopu, označte*