

SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES

Formulaire à renvoyer avec l'échantillon au Centre de Référence (adresse ci-dessus)

* Identification du laboratoire qui envoie la souche

Nom du responsable :

Nom du laboratoire :

Service :

Adresse :

Code postal/Localité :

Tél. : Fax :

E-mail :

Cadre réservé au Centre de Référence

Renseignements complémentaires

Renseignements cliniques:

- septicémie
- méningite
- gastro-entérite
- autre (à préciser):
- inconnu

Maladie sous-jacente et/ou intervention médicale:

.....
.....
.....

Cas périnatal:

- souche isolée mère
- souche isolée foetus
- souche isolée nouveau-né
- naissance prématurée
- avortement spontané
- mort-né

Evolution:

- favorable
- défavorable
- décès
- inconnu

Source de contamination:

.....
.....
.....

Remarques:

.....
.....
.....
.....

Renseignements concernant le patient

* Nom :

Code :

* Sexe : H F inconnu

* Date de naissance (ou âge) :

* Code postal/Localité :

Profession :

Nationalité :

Séjour récent à l'étranger : oui non

Si oui, pays ou région :

Renseignements concernant l'échantillon

Identification probable :

* Numéro d'identification :

* Souche isolée de :

- écoulement urétral / vaginal
- expectoration
- L.C.R.
- sang
- selles
- urine
- pus :
- autre :
- inconnu

* Date de l'isolement : (jj/mm/aaaa)

* à compléter absolument