

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 :

Renseignements concernant le patient

* Nom :

* 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 :

Basée sur :

examen microscopique direct

recherche d'antigènes solubles

identification biochimique de la culture

MALDI-TOF MS

méthodes sans culture : PCR sérologie

* Nature :

L.C.R.

expectoration

sang

écoulement urétral / vaginal

frottis de gorge.

pus :

autre :

inconnu

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

Cadre réservé au Centre de Référence

Vaccination

Le patient a-t-il été vacciné ? oui non inconnu

Si oui, en quelle année ?

Renseignements complémentaires

* Données cliniques :

- méningite
- septicémie
- méningite + septicémie
- inconnu
- autre :

Données épidémiologiques (ex. : cas importé, cas groupé, résistance particulière, traitement, ...) :

* Evolution :

- guérison
- favorable
- décès
- inconnu

Remarques :

* à compléter absolument