

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 :

Code :

* Sexe : M V onbekend

* 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 :

* Nature :

- selles
- urines
- sang
- pus
- bile
- liquide péritonéal
- inconnu
- autre, à préciser :

Association avec un autre germe pathogène :

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

Cadre réservé au Centre de Référence

Renseignements complémentaires

* **Données cliniques :**

- gastro-entérite
- septicémie
- infection urinaire
- porteur asymptomatique
- inconnu
- autre, à préciser :

* **Données épidémiologique :**

- cas isolé
- contact avec d'autres cas (■)
- rapport avec une intoxication alimentaire

Remarques :

Antibiogramme :

(■) préciser en cas d'incident épidémique (= 2 cas ou plus) le nombre de cas clinique et de confirmations éventuelles par le laboratoire

* à compléter absolument