

# Formulaire d'envoi de souche de Streptocoques A/C/G

Laboratoire de Bactériologie  
Pôle de Biologie, Bât Jean DAUSSET  
GH COCHIN-HÔTEL DIEU-BROCA  
Hôpitaux Universitaires Paris Centre  
27 rue du Fbg St Jacques  
75679 Paris cedex 14, FRANCE

**Responsable : Dr Asmaa TAZI**  
Tél. 06 09 62 18 58 (Biologiste)  
01 58 41 15 61 (Secrétariat)  
01 58 41 17 75 (Laboratoire)  
Fax 01 58 41 15 48  
Courriel: cnr.strep@cch.aphp.fr

Cadre réservé au CNR-Strep

Date de réception : ...../...../.....

## EXPÉDITEUR

Nom du biologiste :

Service ou laboratoire et adresse :

Tél.

Courriel :

## COORDONNÉES DU MALADE

Nom : ..... Prénom : .....

Hospitalisation:  oui  non

Nom de l'hôpital, clinique, EHPAD ou autre établissement de soins (si différent de celui de l'expéditeur)

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : .....

Lieu de résidence (code postal) : .....

Service :

## INFORMATIONS SOUCHE ET ÉCHANTILLONS

Type de prélèvement      Date      Votre

référence

Identification à préciser:

**S. pyogenes**       **S. dysgalactiae**       **Autre**

Sang : hémoculture      ...../...../.....      .....

Envoi de soucheensemencée richement en profondeur en milieu de conservation en tube, à partir d'une culture de 18 h sur gélose. Expédition en conformité avec la législation.

Autres, préciser les sites : ...../...../.....      .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES & ÉPIDÉMIOLOGIQUES

**INFECTION** :  oui  non

**SYNDROME DE CHOC** :  oui  non

**BACTÉRIÉMIE SANS FOYER IDENTIFIÉ**

**FOYER IDENTIFIÉ** , préciser le type de lésion et sa localisation : .....

• **CUTANÉ** :       Dermohypodermite nécrosante  Erysipèle       Autre lésion cutanée : .....

• **GYNÉCO-OBSTÉTRICAL** :       Endométrite       Autre infection gynéco-obstétricale : .....

Post-partum :  oui  non, si oui: Accouchement : ... / ... / ...      césarienne :  oui  non ; épisiotomie :  oui  non

Nouveau-né : Nom et Prénom .....

infecté :  oui  non ;      colonisé :  oui  non ;      traité :  oui  non

• **PULMONAIRE** :       Pneumopathie       Pleurésie

• **ORL**       Angine       Scarlatine

• **OSTÉOARTICULAIRE**       Arthrite septique       Ostéomyélite

• **INTRA-ABDOMINAL**       Péritonite

• **NEUROLOGIQUE**  Méningite

• **AUTRE INFECTION** , préciser .....

▶ **ÉVOLUTION** : Décès:  oui préciser la date ... / ... / ...       non

**PORTAGE** :  oui préciser le site.....

## CAS GROUPES OU ÉPIDÉMIE oui non, si oui envoyer une fiche par cas et préciser

■ Cas familiaux :       oui  non

■ Suspicion d'infection liée aux soins       oui  non, si oui préciser le type des soins et la date

- Infection post-chirurgicale       oui  non, si oui préciser

- Autre geste invasif       oui  non, si oui préciser