

Formulaire d'envoi de souche de cocci à Gram + catalase – (≠ pneumocoque, streptocoques des groupes A/B/C/G)

CNR-Strep

Centre National de Référence des Streptocoques

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 :
Tél.
Courriel :

Service ou laboratoire et adresse :

COORDONNÉES DU PATIENT

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Sexe :
Lieu de résidence (code postal) :

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

Service :

INFORMATIONS SOUCHE & ÉCHANTILLONS

Type de prélèvement référence	Date	Votre
<input type="checkbox"/> Sang : hémoculture/...../.....
<input type="checkbox"/> LCR/...../.....
<input type="checkbox"/> Autres, préciser les sites/...../.....

Identification à préciser:

Envoi de souche ensemencée 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.

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 :

• **CARDIOVASCULAIRE** : Endocardite

• **PULMONAIRE** : Pneumopathie Pleurésie

• **OSTÉOARTICULAIRE** Arthrite septique Ostéomyélite

• **INTRA-ABDOMINAL** Péritonite Autre infection intra-abdominale :

• **NEUROLOGIQUE** Méningite Abscess cérébral

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

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

• **Urinaire** : Cystite Pyélonéphrite

• **Ophthalmique** : Endophtalmie

• **AUTRE INFECTION** , préciser

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

CAS GROUPÉS 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