

Formulaire d'envoi de souche de Streptocoques B

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 de l'expéditeur :

Service ou laboratoire et adresse :

Tél.

Courriel :

COORDONNÉES DU PATIENT

Nom :Prénom :

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

Sexe :

Lieu de résidence (code postal) :

Hospitalisation: OUI NON

Nom de l'hôpital (si différent de celui de l'expéditeur)

Service :

INFORMATIONS SOUCHES & ÉCHANTILLONS

Isolat du sang (hémoculture)

Votre référence:

Date d'isolement :/...../.....

Isolat du liquide céphalorachidien (LCR)

Votre référence

Date d'isolement :/...../.....

Isolat à partir d'un autre site, à préciser :

Votre référence:

Date d'isolement :/...../.....

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.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES & ÉPIDÉMIOLOGIQUES

INFECTION NEONATALE :

NOUVEAU-NÉ :

Date du début de l'infection : .../.../...

Syndrome précoce <7 J Syndrome tardif ≥7 J

Bactériémie Méningite Abscess cérébral

Pneumopathie Pleurésie

Arthrite septique Ostéomyélite

MÈRE :

Portage vaginal Bactériémie Infection urinaire Allaitement

ÉVOLUTION NNÉ : Décès : oui préciser la date .../.../... non

AUTRES INFECTIONS INVASIVES DE L'ENFANT OU DE L'ADULTE :

Bactériémie Endocardite Méningite Abscess cérébral

Arthrite septique Ostéomyélite Autre localisation préciser.....

Evolution : Décès : oui préciser la date .../.../...

OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES