

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

CNR des Streptocoques - Service de Bactériologie  
AP-HP.Centre – Université de Paris, site Cochin  
Bâtiment Jean Dausset - 5e étage  
27, rue du Faubourg Saint-Jacques  
75679 Paris cedex 14, FRANCE

Responsable : **Pr Claire POYART**  
Tél. 01 58 41 15 61 (Secrétariat)  
01 58 41 15 60 / 15 44  
Fax 01 58 41 15 48  
Courriel : [cnr.strep@cch.aphp.fr](mailto: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, clinique, EHPAD ou autre établissement de soins (*si différent de celui de l'expéditeur*)

Service :

## INFORMATIONS SOUCHE ET ÉCHANTILLONS

Type de prélèvement      Date      Votre référence

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

Autres, *préciser les sites* ...../...../.....      .....

Identification à préciser:

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

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** :  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*