

Formulaire d'envoi de souche de Streptocoques B

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

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 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 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 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

Evolution du nouveau-né : Décès : oui préciser la date .../.../... non

MÈRE :

Portage vaginal

Bactériémie

Infection urinaire

Allaitement

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