

# Formulaire d'envoi de souche de cocci à Gram + catalase – ( ≠ pneumocoque, streptocoques des groupes A/B/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 : 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 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	Date	Votre référence
<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