

# 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 : 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                                 | 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       Abscès 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