

Centre national de référence des Méningocoques et d'Haemophilus influenzae

INSTITUT PASTEUR

Unité des Infections Bactériennes Invasives

28 rue du Docteur Roux - 75724 PARIS cedex 15

Tél. : 01 40 61 31 08 (secrétariat)- 01 45 68 84 38 (responsable) Fax: 01 40 61 30 34

Site web: <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/meningocoques>

Réservé au CNR

N°Enregistrement ☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐

SVP, indiquez dans ce cadre votre adresse complète

GCS16 - Laboratoire de biologie médicale
CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULEME
Rond-Point de Girac CS55015 - Saint Michel
165959 ANGOULEME CEDEX9

Nom du Correspondant à contacter

Téléphone : 05 45 24 42 17

Fax: 05 45 24 42 69

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom : Prénom :

Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

Date de prélèvement : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

SIGNES CLINIQUES:

- | | |
|---|---|
| ☐ Fièvre | ☐ Pneumonie |
| ☐ Méningite | ☐ Épiglottite |
| ☐ Purpura | ☐ Otite |
| ☐ <i>Purpura fulminans</i> | ☐ Pharyngite |
| ☐ Bactériémie | ☐ Douleurs abdominales |
| ☐ Péricardite | ☐ Conjonctivite |
| ☐ Arthrite | |

Autres,(à préciser SVP):

Evolution: ☐ Guérison ☐ Séquelle ☐ Décès

Origine géographique de la contamination:

Antibiothérapie précoce: ☐ non

☐ oui

Si oui: Antibiotique.....

Depuis.....

Corticothérapie: ☐ non

☐ oui

Si oui: Type

Depuis.....

DONNÉES BIOLOGIQUES

CRP:

PCT:

NFS:

Glycémie:

LCS

N° elements:

%PNN:

Glycorachie:

Protéinorachie:

Déficit immunitaire:

VACCINATION ANTI-MENINGOCOCCIQUE

☐ Non ☐ Oui

Si oui : Type (nom) de vaccin/dose :

Date de la vaccination :

VACCINATION ANTI-HAEMOPHILUS INFLUNZAE b

☐ Non ☐ Oui

Si oui : Type (nom) de vaccin :

Date de la vaccination :

INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON

Site de prélèvement et d'isolement des souches :

☐ LCR ☐ Sang ☐ Liquide articulaire ☐ Autres liquides, (à préciser SVP) ☐ Autres sites (à préciser SVP).....

☐ Souche isolée

☐ *Neisseria meningitidis*

☐ Non Réalisé ☐ A ☐ B ☐ C ☐ Y ☐ W ☐ Autre

☐ *Haemophilus influenzae b*

☐ Autre, à préciser.

☐ Prélèvement primaire pour PCR

☐ Nm

☐ Hi

☐ Si PCR réalisée par l'hôpital merci de préciser le résultat SVP:

Cadre réservé au CNR