

# CNR ASSOCIE *ESCHERICHIA COLI*

Responsable *E. coli* producteur de Shigatoxines : Dr Patricia Mariani-Kurkdjian  
Responsable *E. coli* Infections materno-foetales et méningites : Pr Stéphane Bonacorsi

Hôpital Robert Debré, 48 Boulevard Sérurier, 75019 Paris

Service de Microbiologie, Tél. : (33) 1 40 03 23 40, Fax : (33) 1 40 03 24 50

Adresse mail : [e.coli@aphp.fr](mailto:e.coli@aphp.fr)

Site internet : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr>

## Fiche de renseignements pour la recherche de : *E. coli* entérohémorragique (EHEC/STEC)

**Adresse complète du laboratoire expéditeur  
(cadre utilisé pour l'envoi des résultats)**

### Biologiste expéditeur

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

Nom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Date d'envoi : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

GCS 16 - Laboratoire de Biologie Médicale  
Centre Hospitalier d'Angoulême  
Rond-Point de Girac  
CS 55015 Saint Michel  
16959 ANGOULEME CEDEX 9  
Tel : 05 45 24 42 17 - Fax : 05 45 24 42 69

### Médecin prescripteur :

Nom : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

**Tél obligatoire :** \_\_\_\_\_

**IMPORTANT** : La recherche de EHEC/STEC est indiquée en cas de syndrome hémolytique et urémique ou de diarrhée sanglante. En dehors de ces contextes un accord préalable avec le CNR est indispensable.

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (Etiquette identité si possible)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ ou Age : .....

Sexe : M / F

Département d'origine : .....

Hôpital (si différent du laboratoire) : .....

#### Renseignements cliniques **INDISPENSABLES** (Examen non réalisé en leur absence)

Statut : Malade  Contact

Diarrhée  Diarrhée Glairo-Sanglante ou sanglante

Date de début \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

SHU  Date de début \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Traitement antibiotique  Date de début \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Si oui lequel : .....

#### Renseignements épidémiologiques si connus

Cas isolé

Cas groupés  Nombre de cas : .....

- Famille

- Ecole  Crèche

- Autre .....

Aliment suspecté : .....

Contact avec des animaux : .....

Diarrhée dans l'entourage : .....

Voyage récent : .....

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ECHANTILLON

→ Selles (votre référence) n° .....

Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

→ Écouvillon rectal (votre réf.) n° .....

Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

→ Primoculture de la selle sur gélose pour  
Entérobactéries (votre réf.) n° .....

Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

→ SOUCHE (votre référence) n° .....

Isolée de :  selles  écouvillon rectal

Autre site (précisez) : .....

Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Commentaires : .....

→ ADN (votre référence) n° .....

Type de prélèvement : .....

Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

#### Conditions de transport

- selles  
- écouvillon rectal } Acheminement rapide à + 4°C  
- ADN }  
- Primoculture de selles } Acheminement à  
- souche : tube de conservation } température  
ambiante