

<b>PATIENT</b>	
Nom: (ou étiquette)	
Prénom :	
Date de Naissance :	Sexe :
<b>PRÉLÈVEMENT(s)</b>	
Votre référence :	
Date du prélèvement :	
Nature/Site du prélèvement :	
<b>LABORATOIRE EXPEDITEUR</b>	
Nom :	
Adresse complète :	
Nom du biologiste : _____	
Téléphone :	
Mail :	
<b>PRESCRIPTEUR (si autre que laboratoire expéditeur)</b>	
Nom :	
Adresse complète :	
Téléphone :	
Mail :	

<b>DEMANDE D'ANALYSE :</b>		
<b>Joindre antibiogramme et ensemble des tests effectués</b>		
- Recherche de toxines	OUI	NON
- Recherche de lien de clonalité	OUI	NON
- Identification	OUI	NON
<b>- Résistance aux antibiotiques :</b>		
* Détection du gène <i>mecA</i> ( <i>S. aureus</i> et <i>S. non aureus</i> )	OUI	NON
* Détection du gène <i>mecC</i> ( <i>S. aureus</i> )	OUI	NON
* Détection de sensibilité diminuée aux glycopeptides	OUI	NON
* Détection de gènes de résistance aux macrolides	OUI	NON
* Autres gènes de résistance (préciser) :		
<b>RENSEIGNEMENTS (entourer la bonne réponse)</b>		
<input type="checkbox"/> Infection nosocomiale <input type="checkbox"/> Infection Communautaire		
<input type="checkbox"/> Contact avec des animaux d'élevage si oui lequel ? .....		
<input type="checkbox"/> Contexte Epidémique (joindre courrier)	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Choc infectieux (voir au dos)	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Syndromes toxiques cutanés		
- Eruption bulleuse généralisée	OUI	NON
- Impétigo bulleux localisé	OUI	NON
- Scarlatine	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Maladies associées aux superantigènes		
- Maladie de Kawasaki	OUI	NON
		.../....

# Centre National de Référence des Staphylocoques



Hospices Civils de Lyon  
 CENTRE DE BIOLOGIE NORD  
 Institut des Agents Infectieux  
 Bâtiment O  
 103 Grande Rue de la Croix Rousse  
 69317 LYON Cedex 04  
 Téléphone Standard IAI : (33) 04 72 07 11 11  
 Télécopie : (33) 04 72 07 18 42

**Directeur : Professeur François Vandenesch**

**Co-directeurs : Professeur Frédéric Laurent  
 Docteur Anne Tristan**

## Infections nécrosantes

- FURONCULOSE	OUI	NON
Récidivante	OUI	NON
- PNEUMONIE NECROSANTE	OUI	NON
Leucopénie	OUI	NON
Hémoptysies	OUI	NON

## Autre type d'infection, préciser :

## Choc toxique staphylococcique, préciser les critères diagnostics :

<b>HYPOTENSION</b> systolique		
< à 90 mm Hg pour les adultes	OUI	NON
Hypotension orthostatique	OUI	NON
<b>FIEVRE</b> supérieure ou égale à 38,9°C	OUI	NON
<b>RASH</b> diffus maculo-érythrodermique,	OUI	NON
Suivi de <b>DESQUAMATION</b>	OUI	NON
<u>ASSOCIÉS À DES MANIFESTATIONS :</u>		
<b>DIGESTIVES</b>		
Vomissements	OUI	NON
Diarrhée	OUI	NON
<b>MUSCULAIRES</b>		
Myalgies	OUI	NON
Augmentation des CPK*	OUI	NON
<b>HYPERHÉMIE DES MUQUEUSES</b>		
Vaginale	OUI	NON
Oropharyngée	OUI	NON
Conjonctivale	OUI	NON
<b>RÉNALES</b>		
Hyperurémie*ou hypercréatinémie*	OUI	NON
Leucocyturie sans infection urinaire	OUI	NON
<b>HÉPATIQUE</b> , augmentation des transaminases*	OUI	NON
<b>HÉMATOLOGIQUE</b> , thrombopénie < 100 000/mm <sup>3</sup>	OUI	NON
<b>NEUROLOGIQUES</b> ,		
Désorientation	OUI	NON
Altération de la conscience	OUI	NON
(* ≥ deux fois la limite supérieure)		
<b>NOTION D'ÉPISODES ITÉRATIFS</b>	OUI	NON
<b>UTILISATION DE TAMPON PERIODIQUE</b>	OUI	NON
Préciser le modèle :		
<b>UTILISATION DE COUPELLE MENSTRUELLE</b>	OUI	NON
Préciser le modèle :		

Valable jusqu'en décembre 2017