



**HOPITAL / LABORATOIRE EXPEDITEUR**

Adresse complète ou cachet :

Service :

Médecin :

Tél :

Nom du correspondant :

Email :

**PATIENT**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .../.../..... M ☐ F ☐

Ville de résidence : .....

Code postal :

**PRELEVEMENT**

N° d'origine de la souche expédiée :

Date du prélèvement : .../.../.....

Origine du prélèvement : OUI NON

Expectoration ☐ ☐

Naso-pharynx ☐ ☐

Nez ☐ ☐

Bronche ☐ ☐

LCR ☐ ☐

Autre : ☐ ☐

Technique de prélèvement :

Aspiration ☐ ☐

Ecouvillonnage ☐ ☐

Lavage ☐ ☐

Biopsie ☐ ☐

Autre : ☐ ☐

**CONTEXTES CLINIQUES**

.....

.....

.....

Hospitalisation OUI NON

☐ ☐

**VACCINATION**

Patient Vacciné OUI NON

☐ ☐

Nombre de dose : ...

Date de la dernière dose : .../.../.....

Type de vaccin : .....

**TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE**

Traitement avant prélèvement OUI NON

☐ ☐

Antibiotique administré:

**BACTERIOLOGIE**

Date de la culture envoyée : .../.../.....

Milieu de culture :

Bordet-Gengou ☐

Regan-Lowe ☐

Morphologie bactérienne :

Caractères biochimiques testés :

Orientation :

*Le CNR exerce des missions de santé publique grâce au matériel biologique transmis et aux renseignements les accompagnant. Ces activités sont assumées à titre gracieux sous réserve du respect des modalités d'expédition des souches et de la fourniture des renseignements se référant à ces produits biologiques. Le directeur du CNR est seul juge de la finalité des actes qu'il effectue et de leur gratuité.*

Questionnaire à joindre pour tout envoi et à retourner au  
CNR de la Coqueluche et Autres Bordetelloses  
INSTITUT PASTEUR  
25-28 Rue du Docteur Roux  
75724 Paris cedex 15

*Ne pas remplir*

*Nous vous remercions pour votre collaboration à la surveillance épidémiologique des infections dues aux Bordetelles*