Centre National de Référence des Vibrions et du Choléra, Institut Pasteur, Paris
Tél. 01 45 68 82 21 ou 01 40 61 33 85 – Télécopie : 01 45 68 88 37 – courriel : vibrions@pasteur.fr

Fiche de recueil de données concernant un cas d'infection à vibrions non cholériques

I. Données cliniques

Date de notification : ..... Date de recueil des données :… .....
Coordonnées du laboratoire .....
.....
.....
Téléphone : ..... Télécopie : .....
Microbiologiste : ..... Clinicien : .....

Prélèvement
Origine du prélèvement : .....Date d'isolement : .....
Milieu de culture utilisé : .....Résultat d'identification : .....
N° de la souche expédiée : .....

Malade
Nom : .....Prénom : .....Sexe : ……
Date de naissance : .... Domicile (localité) : .....
Profession (si retraité, dernière exercée) : .....

Y a t'il une notion de cas groupés ? : .....

Pathologies (plusieurs peuvent survenir en même temps)

Septicémie ☐ Gastro-entérite ☐ Infection cutanée ☐ (localiser) : .....

Otite ☐ Autre ☐ préciser .....

Date de début des symptômes :……Date de fin des symptômes : ……
Date d'hospitalisation : .....
Motif de consultation : .....

Hospitalisation	oui ☐	non ☐	si oui, durée (en jours) : .....
Traitement médical	oui ☐	non ☐	si oui, préciser : .....
Traitement chirurgical	oui ☐	non ☐	si oui, préciser : .....
Passage en réanimation	oui ☐	non ☐	si oui, date : …… Durée : ……..

Evolution : Guérison ☐ Décès ☐ Séquelles ☐ (préciser) : .....

Facteurs de risque

Hépatopathie ☐ (préciser) : ..... Maladie du sang ☐ (préciser) : .....

Cancer ☐ (localiser) .....Affection cutanée ☐ (préciser) : .....

Alcoolisme ☐ Diabète ☐

Immuno-dépression ☐ (préciser) : .....

Antécédents de pathologie digestive ☐ (préciser) .....

Traitement anti-acide ☐ Traitement immunosuppresseur ☐

Autre antécédent ☐ (préciser) : .....

Centre National de Référence des Vibrions et du Choléra, Institut Pasteur, Paris
Tél. 01 45 68 82 21 ou 01 40 61 33 85 – Télécopie : 01 45 68 88 37 – courriel : vibrions@pasteur.fr

Fiche de recueil de données concernant un cas d'infection à vibrions non cholériques

II. Exposition du patient

. En France

Contact direct avec l'eau dans les 7 jours précédant le premier symptôme ? oui ☐ non ☐

- Si oui : - lieu (departement, ville) : .....

- nature du contact : mer ☐ lac, rivière ☐ piscine ☐
baignade ☐ pêche à pied ☐ pêche en bateau ☐
sport nautique ☐ autre ☐ (préciser) : …… .....

- y a t'il eu piqûre, morsure ou coupure à cette occasion ? oui ☐ non ☐

- y a t'il une notion de blessure ou lésion pré-existante ? oui ☐ non ☐

Manipulation de produits de la mer oui ☐ non ☐

Consommation de produits de la mer dans les 7 jours précédant le premier symptôme ? oui ☐ non ☐

- Si oui : - produits : huîtres ☐ moules ☐ autres coquillages ☐ (préciser) : .....
poisson ☐ crustacés ☐ (préciser) : .....
autre ☐ (préciser) : .....

- mode de consommation : cru ☐ cuit ☐
- lieu de consommation : ……..
- provenance des produits : ……

. A l'étranger

Retour d'un voyage à l'étranger dans les 7 jours précédant le premier symptôme ? oui ☐ non ☐

- Si oui : - lieu (ville, pays) : .....
- date de départ : ..... date de retour en France : .....

Contact direct avec l'eau dans les 7 jours précédant le premier symptôme ? oui ☐ non ☐

- Si oui : - nature du contact : mer ☐ lac, rivière ☐ piscine ☐
baignade ☐ pêche à pied ☐ pêche en bateau ☐
sport nautique ☐ autre ☐ (préciser) : …… .....

- y a t'il eu piqûre, morsure ou coupure à cette occasion ? oui ☐ non ☐

- y a t'il une notion de blessure ou lésion pré-existante ? oui ☐ non ☐

Manipulation de produits de la mer oui ☐ non ☐

Consommation de produits de la mer dans les 7 jours précédant le premier symptôme ? oui ☐ non ☐

- Si oui : - produits : huîtres ☐ moules ☐ autres coquillages ☐ (préciser) : .....
poisson ☐ crustacés ☐ (préciser) : .....
autre ☐ (préciser) : .....

- mode de consommation : cru ☐ cuit ☐
- lieu de consommation : ……..
- provenance des produits : ……

Consommation de crudités dans les 7 jours précédant le premier symptôme ? oui ☐ non ☐