N° Enregistrement | | | | | | | | |

Réservé au CNRM

Unité des Infections Bactériens Invasives
Centre national de référence des Méningocoques
Tél. : 01 45 68 84 38 – Fax: 01 40 61 30 34
INSTITUT PASTEUR
28 rue du Docteur Roux – 75724 PARIS cedex 15

Indiquez dans le cadre ci-dessous votre adresse complète

Nom du Correspondant à contacter……

Téléphone : …… Fax :……

RENSEIGNEMENTS

Nom :..... Prénom :…….....

Sexe : M F

Date de naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Date de la vaccination |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

om du Vaccin :……

Date de l'infection |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

prélèvement à l'admission

|__|__| |__|__| |__|__|__|__|sous antibiotique : Oui Non

Prélèvement à J+15

|__|__| |__|__| |__|__|__|__| sous antibiotique : Oui Non

SIGNES CLINIQUES :

Fièvre……

Syndrome méningé

Purpura

Purpura fulminans

Autres (préciser) :……..

Antibiothérapie précoce non oui depuis……..

Déficits immunitaires connues :

DONNÉES BACTÉRIOLOGIQUES ET BIOLOGIQUES

☐ Culture

☐ PCR

☐ Antigènes solubles

Sérogroupe	A	B	C	Y	W135	Autres

Exploration du complément lytique (CH50) :

Cadre réservé

Titre bactéricide

Titre ELISA

Commentaires