



INSTITUT PASTEUR

**Centre National de Référence des *Escherichia coli* et *Shigella***  
 Unité des Bactéries Pathogènes Entériques  
**Institut Pasteur - 28, rue du Docteur Roux - 75724 PARIS CEDEX 15**  
**TEL : 01 45 68 87 39 (\*) - FAX : 01 45 68 88 37 - e-mail : colishig@pasteur.fr**  
**Dr. François-Xavier WEILL (01 45 68 83 45) - Dr Malika Gouali (01 45 68 83 44)**



Fiche de renseignement devant accompagner chaque envoi (téléchargeable à partir de notre site internet : <http://www.pasteur.fr/sante/clre/cadrecnr/ecolishig-index.html>)

<p><b>Laboratoire</b> Une seule adresse complète et lisible du laboratoire expéditeur</p> <p>Nom complet ou cachet du laboratoire :</p> <p>N° et rue</p> <p>_____ _____ _____  Ville :</p> <p>E-mail : ..... TEL : .....</p> <p align="center"><b><i>Escherichia coli</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>SOUCHE</u> de <i>E. coli</i> entérohémorragique</b></li> <li><input type="checkbox"/> Détection des facteurs de virulence (<i>stx, eae, hlyA</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> Sérotypage</li> <li>• <b><u>SOUCHE</u> : autres pathovars : .....</b></li> <li>(analyse réalisée au CNR après entente préalable)</li> <li>Les souches de méningite néonatale ou pour typage K1 sont à adresser au Laboratoire associé*</li> <li>• <b><u>SELLES</u> : recherche d' <i>E. coli</i> entérohémorragique</b></li> <li><input type="checkbox"/> examen réalisé sur les selles d'adultes (<b><u>Les examens urgents de fin de semaine ou de veille de jours fériés nécessitent un contact préalable avec les responsables du CNR</u></b>)</li> <li>Les selles d'enfant sont à adresser au Laboratoire associé au CNR*</li> <li>• <b><u>SERUM POUR SERODIAGNOSTIC</u> (Syndrome Hémolytique et Urémique, SHU)</b></li> <li align="center">    &gt; 200 µl de sérum (sang coagulé ET centrifugé et non hémolysé)</li> <li>date de prélèvement : /___/___/___      <input type="checkbox"/> J0      <input type="checkbox"/> J +15</li> <p align="center"><b><i>Shigella</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>SOUCHE</u> de <i>Shigella</i>,</b>      Identification antigénique <input type="checkbox"/></li> <li>• <b><u>INFORMATION</u> pour <i>Shigella sonnei</i> seulement</b> <input type="checkbox"/> (aucune souche envoyée)</li> </ul> <p>préciser +, -, ? pour les tests biochimiques suivants : <b>ONPG</b> <input type="checkbox"/>    <b>Rhamnose</b> <input type="checkbox"/>    <b>Mannitol</b> <input type="checkbox"/></p> <p align="center">* Laboratoire associé au CNR des <i>Escherichia coli</i> et <i>Shigella</i>  <b>Dr Patricia MARIANI, Service de Microbiologie Hôpital Robert Debré, 48 Bd Serurier 75019 Paris Cedex 19</b>      Tel : 01 40 03 23 41, Fax : 01 40 03 25 50, e-mail : <a href="mailto:patricia.mariani@rdb.ap-hop-paris.fr">patricia.mariani@rdb.ap-hop-paris.fr</a></p> </ul>	<p align="center"><b>Renseignements épidémiologiques ESSENTIELS</b></p> <p align="center"><input type="checkbox"/> <b><u>Prélèvement humain</u></b></p> <p>- <b><u>Nom, prénom</u> du patient ou Réf.</b> .....</p> <p>Age  _____  ou date de naissance  ___ /___ /___       Sexe : F / M</p> <p>Code postal du domicile du patient  ___ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Statut :      Malade <input type="checkbox"/>    Porteur <input type="checkbox"/>    inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>- <b><u>Origine de la souche</u></b>: Selles <input type="checkbox"/>    Autre.....</p> <p>- <b><u>Date d'isolement</u></b> :  ___ _ _ _ _ _ _  et précisions : .....</p> <p>- <b><u>Manifestations cliniques</u> :</b></p> <p>Diarrhée <input type="checkbox"/>      Date de début: /___/___/___/</p> <p>Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/>      Date de début: /___/___/___/</p> <p>SHU <input type="checkbox"/>      Date de début: /___/___/___/</p> <p>Asymptomatique <input type="checkbox"/>    inconnu <input type="checkbox"/>    autre .....</p> <p>- <b><u>Cas isolé</u></b> <input type="checkbox"/> Voyage récent (pays, date) .....</p> <p>- <b><u>Cas groupés</u></b> : <input type="checkbox"/> Nombre de cas : .....</p> <p>Hôpital <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Ecole <input type="checkbox"/> Crèche <input type="checkbox"/> Colonie de vacances <input type="checkbox"/></p> <p>T.I.A.C. <input type="checkbox"/> Autres .....</p> <p>- <b><u>Aliment suspecté</u></b> : .....</p> <p align="center" style="background-color: yellow;"><b>Prière de joindre une copie de l'ANTIBIOGRAMME</b></p> <p align="center"><input type="checkbox"/> <b><u>Prélèvement non humain</u></b> (facturé)</p> <p>- <b>Référence de la souche</b> : .....</p> <p>- <b>Date d'isolement</b> :  ___ _ _ _ _ _ _ </p> <p>- <b>Nature exacte du prélèvement</b> :</p> <p>Vétérinaire : ..... ;... Alimentaire : ..... Environnement .....</p> <p>- <b>Origine géographique du prélèvement (département)</b> : .....</p>
--	---

Pour toute demande concernant le suivi des dossiers, nous vous prions de nous contacter : par fax (01 45 68 88 37) ou par E-mail ([colishig@pasteur.fr](mailto:colishig@pasteur.fr))

Nous vous remercions pour votre collaboration à la surveillance épidémiologique des infections dues aux *E. coli* et *Shigella*

Le CNR étant informatisé et n'ayant pas de contact direct avec les patients, nous vous remercions d'informer ceux-ci de leur droit d'accès et de rectification des informations les concernant (Loi N°78-17 du 06 janvier 1978).