

Fiche de renseignements

N° Enregistrement

--	--	--	--	--	--	--	--

Réservé au CNRM

IMPORTANT : complétez les parties encadrées

**Centre national de référence des
Meningocoques**

Tél. : 01 45 68 84 38 – Fax: 01 40 61 30 34

INSTITUT PASTEUR

25-28 rue du Docteur Roux – 75724 PARIS cedex 15

Indiquez dans le cadre ci-dessous votre adresse complète

RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance :

Prélèvement :

Date :

LCR : Sang : Cutané : Liquide synovial :

Autre (préciser):

SIGNES CLINIQUES :

Méningite: Meningococcémie *Purpura fulminans*

Autres (préciser) :

Evolution :

Origine géographique de la contamination :

.....

Cas isolé : Epidémie :

Nom du Correspondant à contacter :

Téléphone : Fax :

BACTERIOLOGIE

Antigènes solubles : Oui Non Sérotype :

Date de la culture envoyée :

Croissance milieu sélectif *Neisseria* : Oui Non

Oxydase Catalase Glucose Maltose Fructose Saccharose Polysaccharides

ONPG Tributyrine Dnase GGT NO3

SÉROGROUPE : A B C Y W135 Autres :

Diagnostic proposé

Difficultés rencontrées

Cadre réservé

Commentaires :

REPONSE DU CENTRE DE REFERENCE

Identification Sérotype : Date d'arrivée :

Sérotype : Date de réponse :

Sensibilité aux antibiotiques

DIAGNOSTIC PAR PCR : Génogroupe :