INSTITUT PASTEUR

Demande de recherche du gène de la toxine diphtérique et confirmation de l'identification des bactéries appartenant au complexe *diphtheriae*

HÔPITAL / LABORATOIRE EXPÉDITEUR

(Veuillez indiquer votre adresse complète pour le retour des résultats)

Médecin/Biologiste/Correspondant

(Tous les champs sont obligatoires, veuillez les remplir lisiblement)

Nom complet : .....

Tél. direct : .....

Email : .....

(Si vous possédez une adresse MSSanté, merci de nous donner aussi une adresse classique)

ECHANTILLON ENVOYE AU CNR

Votre N°de dossier : .....

Date d'envoi au CNR : ...../...../.....

Type d'échantillon :

☐ **Culture :** ☐ **Envoyée en boîte de Pétri**
☐ **Envoyée en gélose profonde**

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

Prélèvement :

- **A envoyer seulement en cas d'urgence si symptômes toxiniques**

☐ **Ecouvillon** ☐ **Pseudomembrane**

Autre : .....

Source à partir duquel le *Corynebacterium* a été identifié :

☐ **Pharyngé** ☐ **Cutané**
☐ **Nasal** **Autre :** .....

Date du prélèvement : ...../...../.....

RESULTATS DEJA OBTENUS

Identification :
☐ ***C. diphtheriae***
☐ ***C. ulcerans***
☐ ***C. pseudotuberculosis***

Méthode utilisée : .....

Résistance : .....

Autre résultat : .....

INFORMATIONS PATIENT

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

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

Ville de résidence : .....

Code postal :

	Oui	Non	Inconnu
Voyage récent à l'étranger ?	☐	☐	☐

Si oui, où ? (Pays) : .....

Est-ce un cas isolé ?	☐	☐	☐

Si non, nombre de cas : .....

Animaux dans l'entourage ?	☐	☐	☐

Lesquels : ..... **Nombre :** .....

CONTEXTES CLINIQUES

	Oui	Non	Inconnu
Diphtérie clinique :	☐	☐	☐
Suspicion de diphtérie :			
Angine/Pharyngite :	☐	☐	☐
Membranes :	☐	☐	☐
Infection extra-pharyngées :			
Plaie :	☐	☐	☐

Autre ? Précisions : .....

Hospitalisation :	☐	☐	☐

Service : .....

Recherche de portage :	☐	☐	☐

VACCINATION

	Oui	Non	Inconnu
Patient vacciné contre la diphtérie :	☐	☐	☐

Nombre de doses : .....

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

Type de vaccin (nom commercial) : .....

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

	Oui	Non	Inconnu
Traitement avant prélèvement ?	☐	☐	☐

Si oui, durée : .....

Antibiotique administré ? : .....

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.

Ne pas remplir

Cette fiche clinique est à joindre pour tout envoi au
CNR des Corynébactéries du complexe *diphtheriae*
INSTITUT PASTEUR 25-28 Rue du Docteur Roux
75724 PARIS Cedex 15

S. Brisse - E. Badell Ocando Email :
coryne@pasteur.fr
Tel. : 01.45.68.83.34/80.05 ou 01.44.38.94.40
Fax : 01.40.61.35.33

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).