INSTITUT PASTEUR

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

Fiche de renseignement devant accompagner chaque envoi (téléchargeable à partir de notre site internet : http://www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00003l-013/identite-et-coordonnees)

Laboratoire : (Une seule adresse complète et lisible du laboratoire expéditeur)

Nom complet ou Cachet du laboratoire :
N° et rue :

Code postal : |__|__||__|__||__| Ville :

E-mail : .....TEL : .....

Escherichia coli entérohémorragique (EHEC ou STEC)

• **PRELEVEMENT pour *E. coli* entérohémorragique ou (STEC)**

Adulte (Institut Pasteur) |__| **Enfants moins de 15 ans (Hôpital Robert Debré*) :** |__|

☐ **Selles** ☐ **Ecouvillon rectal** ☐ **Autres, préciser :**

• **SOUCHE de *E. coli* entérohémorragique ou producteur de Shiga-toxines**

|__| **Détection des facteurs de virulence (*stx, eae, hlyA, aggR*)**

|__| **Sérotypage**

• **SERUM POUR SERODIAGNOSTIC de SHU** (Syndrome Hémolytique et Urémique)

Examen réalisé **uniquement au CNR (Institut Pasteur)** sur sérum (sang coagulé et centrifugé). Quantité nécessaire : ≥ 200 µl

DATE DE PRELEVEMENT : |__|__| |__|__| |__|__| |__| **J0** |__| **J +15**

Autres pathovars de *E. coli* entériques (EPEC, ETEC, EAEC, EIEC…)

Contacter **préalablement** le CNR ou le **CNR associé***

E. coli d'origine extra intestinale EXPEC

Souche de *E. coli* isolée de LCR, du sang, autre : contacter le **CNR associé***

***CNR associé au CNR des Escherichia Coli et Shigella* - Hôpital Robert DEBRE**
Dr Patricia MARIANI, Pr Stéphane BONACORSI – Service de Microbiologie - 48 Bd Serurier – 75019 Paris Tel 0140 03 23 41 – Fax 01 40 03 25 50 - email : patricia.mariani@rdb.ap-hp-paris.fr

Renseignements épidémiologiques ESSENTIELS

▲ Prélèvement humain

- **Nom, prénom du patient ou Réf.** .....

date de naissance |__|__|__|__|__|__| **Sexe :** F/M

Code postal du domicile du patient |__|__|__|__|__|

Statut : Malade |__| Porteur |__| inconnu |__|

- **Origine** : Selles |__| **Autre**.....

- **Date d'isolement** : |__|__| |__|__| |__|__| et précisions : .....

- **Manifestations cliniques :** **Diarrhée** |__| **Diarrhée sanglante** |__| **SHU** |__|
Asymptomatique |__| **inconnu** |__| autre .....

- **Date de début** : |__|__| |__|__| |__|__| et précisions : .....

- **Cas isolé** |__| Voyage récent (pays, date) .....

- **Cas groupés** : |__| Nombre de cas : .....

Hôpital |__| Familial |__| Ecole |__| Crèche |__| Autres : .....

Lors d'un voyage (pays, date) : .....

T.I.A.C. |__| Aliment suspecté : .....

▲ Prélèvement non humain (facturé)

- **Référence de la souche :**.....

- **Date d'isolement :** |__|__| |__|__| |__|__|

- **Nature exacte du prélèvement :**

Vétérinaire : ..... Alimentaire : .... Environnement .....

- **Origine géographique du prélèvement (département) :** .....

(*)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). Merci de votre compréhension
Nous vous remercions pour votre collaboration à la surveillance épidémiologique des infections dues aux *E. coli entérohémorragiques.*
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)