

RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Date de prélèvement |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

VACCINATION ANTI-MENINGOCOCCIQUE non oui

Si oui : Type (nom) de vaccin/dose :

Date de la vaccination :

SIGNES CLINIQUES : Fièvre..... Syndrome méningé Purpura *Purpura fulminans*

Autres (préciser) :

Evolution :

Origine géographique de la contamination :

.....

Antibiothérapie précoce non oui

Si oui : Antibiotique..... Depuis.....

DONNÉES BIOLOGIQUES

CRP PCT

NFS

Antigènes solubles négatifs Positifs dans : LCR Sang Urines

LCR N° éléments :

%PNN :

Glycorachie : Glcémie :

Protéïnorachie :

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:.....

Cadre réservé**Type de l'échantillon** Souche isolée Prélèvement primaire A B C Y W **autre**.....**Site** LCR Sang Biopsie/aspiration de lésions cutanées Liquide Synovial Autres (préciser).....