

CNR DE LA PESTE ET AUTRES YERSINIOSES

IDENTIFICATION DES YERSINIA

Souches d'origine humaine

Cette fiche remplie doit obligatoirement accompagner la souche à identifier.
Si certains renseignements ne sont pas disponibles, veuillez rayer la mention concernée.

NOM DU LABORATOIRE :

NOM DU CORRESPONDANT :

Adresse :

Ville : Code postal : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Pays:

N° de la souche expédiée : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Date d'isolement : |_|_|_|_|_|_|_|_|

J J M M A A

Origine du prélèvement :
 - Selles
 - Sang
 - Ganglions
 - Autres.....

CARACTERISTIQUES DU PATIENT

NOM / PRENOM :

SEXE : M
 F

AGE : |_|_| ans
 Si moins de 1 an : |_|_| mois

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

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_|_|

J J M M A A A A

(Lieu de résidence)

TABLEAU CLINIQUE

SYMPTOMES : - OUI - NON

Si oui, lesquels :

| | OUI | NON | Précisions supplémentaires : |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Diarrhée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fièvre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Douleurs abdominales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Arthralgies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Signes cutanés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Septicémie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autres | | | |

Intervention chirurgicale consécutive à l'épisode actuel :

OUI NON Si oui, préciser

ATTENTION : cette fiche comporte deux pages

Voir suite page suivante

Questionnaire à retourner au :

Dr. Elisabeth Carniel

CNR des *Yersinia*, Institut Pasteur, 28 rue du Dr. Roux – 75724 Paris cedex 15

Téléphone : 01-45-68-83-27

SUITE : IDENTIFICATION DES YERSINIA : fiche devant accompagner les souches d'origine humaine

Evolution :

- non prévisible pour l'instant
- guérison
- persistance des signes cliniques
- décès

Terrain :

| | OUI | NON |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cirrhose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - VIH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Thalassémie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hémochromatose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - HLAB27 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Maladie de Crohn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Autres : | | |

Autres germes isolés simultanément : OUI NON

Si oui, lesquels :

- 1
- 2
- 3

Traitement : OUI NON

Si oui, lequel :

voie d'administration :

S'AGIT-IL :

- D'UN CAS ISOLE
- PLUSIEURS CAS ASSOCIES
(à préciser :)
- PAS D'INFORMATION

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

.....

.....

.....

.....

Les Centres Nationaux de Référence exercent des missions de Santé publique (rôle de sentinelle, épidémiologie, etc.) 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. Chaque directeur de Centre National de Référence est le seul juge de la finalité des actes qu'il effectue et de leur gratuité.

Le Centre National de Référence de la peste et autres Yersinioses informatisé et n'ayant pas de contact direct avec les patients qui s'adressent à votre laboratoire, 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).

Questionnaire à retourner au :

Dr. Elisabeth Carniel
CNR des Yersinia, Institut Pasteur, 28 rue du Dr. Roux – 75724 Paris cedex 15
Téléphone : 01-45-68-83-27