



Demande de confirmation de l'identification de l'espèce de *Bordetella*

| | |
|---|--|
| <p>HÔPITAL / LABORATOIRE EXPÉDITEUR (Adresse complète ou cachet)</p> <p>Correspondant : Nom complet : Tél direct : Email :</p> | <p>PATIENT Nom de naissance : Prénom : Date de naissance :/...../..... M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Ville de résidence : Code postal : _____ Voyage récent à l'étranger? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, où (Pays) : Avez-vous connaissance d'animaux dans l'entourage ? (important dans le cas de <i>B. bronchiseptica</i> et autres) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels :</p> |
| <p>PRÉLEVEMENT HUMAIN Votre N° de dossier : Date du prélèvement :/...../..... Origine du prélèvement : Expectoration <input type="checkbox"/> Nasopharynx <input type="checkbox"/> Autre (LBA, PDP, bronche, sang, ...) <input type="checkbox"/> Veuillez préciser :</p> <p>Technique de prélèvement : Aspiration <input type="checkbox"/> Écouvillonnage <input type="checkbox"/> Autre (lavage, biopsie ...) <input type="checkbox"/> Veuillez préciser :</p> | <p>CONTEXTE CLINIQUE Hospitalisation: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> si oui, en Réanimation : <input type="checkbox"/> Autre service, préciser : <input type="checkbox"/> Toux paroxystique (durée) <input type="checkbox"/> Apnée <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Bradycardie <input type="checkbox"/> Bactériémie <input type="checkbox"/> Taux de leucocytes mm³ <input type="checkbox"/> Comorbidités (préciser.....) <input type="checkbox"/> Co-infection (préciser) Autres :</p> |
| <p>ÉCHANTILLON ENVOYÉ AU CNR</p> <p>Type d'échantillon { <input type="checkbox"/> Culture → (A) <input type="checkbox"/> Prélèvement { <input type="checkbox"/> Reliquat } (B) <input type="checkbox"/> ADN }</p> | <p>VACCINATION OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Patient vacciné contre la coqueluche Nombre de doses : Date de la dernière dose :/...../..... Nom commercial du vaccin : Vaccination maternelle contre la coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> |
| <p>(A) POUR UN ISOLAT : Orientation ID Méthode utilisée pour l'ID : <input type="checkbox"/> MALDI-TOF MS <input type="checkbox"/> Autre, préciser Date d'isolement ou du repiquage : Envoyée en <input type="checkbox"/> boîte de petri <input type="checkbox"/> gélose profonde Si boîte de petri, préciser le milieu de culture : <i>Bordet Gengou</i> <input type="checkbox"/> <i>Regan-Lowe</i> <input type="checkbox"/> Autre:</p> | <p>(B) POUR UN PRÉLEVEMENT : Orientation ID Méthode utilisée pour l'ID : <input type="checkbox"/> qPCR <input type="checkbox"/> Autre, préciser Préciser la valeur de Ct : <i>Le CNR pourra tenter la mise en culture du prélèvement</i> Envoi direct du reliquat <input type="checkbox"/> OU Conservation avant envoi à <input type="checkbox"/> T ambiante (<48h) <input type="checkbox"/> < -70°C</p> |

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.

| | |
|---|-----------------------|
| Questionnaire à joindre pour tout envoi et à retourner au CNR de la Coqueluche et autres bordetelloses INSTITUT PASTEUR 25-28 Rue du Docteur Roux 75724 PARIS Cedex 15 | <i>Ne pas remplir</i> |
|---|-----------------------|

Nous vous remercions pour votre collaboration à la surveillance épidémiologique des infections dues aux bordetelles