



**HÔPITAL / LABORATOIRE EXPEDITEUR**  
*(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 la privilégier)*

**PRELEVEMENT**

Type de prélèvement à partir duquel le *Corynebacterium* a été identifié :

Pharyngé :  Cutané :

Nasal :  Autre ? .....

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

**Si origine animale**

Espèce : .....

Origine géographique : .....

**ECHANTILLON ENVOYE AU CNR :**

Votre N° de dossier : .....

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

Type d'échantillon

- Ecouvillon :
- Pseudomembrane :
- Culture :

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

Envoyée en boîte de Pétri :

Envoyée en gélose profonde :

**RESULTATS DEJA OBTENUS**

Identification :

- C. diphtheriae*
- C. ulcerans*
- C. pseudotuberculosis*

Méthode utilisée : .....

Résistance : .....

Autre résultat : .....

**INFORMATIONS PATIENT**

Nom de naissance: .....

Prénom : .....

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

Ville de résidence : .....

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

Oui Non Inconnu

**Voyage récent à l'étranger ?**

Si oui, où (Pays) .....

**Est-ce un cas isolé ?**

Nombre de cas .....

**Animaux dans l'entourage ?**

Lesquels ..... Nombre .....

**CONTEXTES CLINIQUES**

Oui Non Inconnu

**Diphthérie clinique :**

**Suspicion de diphtérie :**

Angine/pharyngite :

Membranes :

**Infection extra-pharyngée :**

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.*

<p><b>Questionnaire à joindre pour tout envoi au CNR des Corynébactéries du complexe <i>diphtheriae</i></b></p> <p><b>INSTITUT PASTEUR</b>                  25-28 Rue du Docteur Roux                  75724 PARIS Cedex 15</p>	<p><b>S. Brisse - E. Badell Ocando</b>                  Email : <a href="mailto:coryne@pasteur.fr">coryne@pasteur.fr</a>                  Tel. : 01.45.68.83.34/80.05 ou 01.44.38.94.40                  Fax : 01.40.61.35.33</p>	<p><i>Ne pas remplir</i></p>
---	---	------------------------------