

RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance : / /

Date de la vaccination : / /

Nom du Vaccin :

Date de l'infection : / /

Prélèvement à l'admission

..... sous antibiotique : Oui Non

Prélèvement à J+15

..... sous antibiotique : Oui Non

SIGNES CLINIQUES

Fièvre.....

Syndrome méningé

Purpura

Purpura fulminans

Autres (préciser) :

Antibiothérapie précoce oui non depuis

Déficits immunitaires connus :

DONNÉES BACTÉRIOLOGIQUES ET BIOLOGIQUES

Culture

PCR

Antigènes solubles

Autres

Sérogrupe A B C Y W135

Exploration du complément lytique (CH50) :

N° d'enregistrement : /

Réservé au CNR :

Unité des Infections Bactériennes Invasives

Centre National de Référence des Méningocoques et
d'*Haemophilus influenzae*

Tél. : 01 45 68 84 38

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 :

Cadre réservé

Titre bactéricide

Titre ELISA

Commentaires