

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

Sérogroupe | 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