



**HÔPITAL / LABORATOIRE EXPÉDITEUR**  
(Veuillez indiquer votre adresse complète)

**Correspondant :**  
Nom complet: .....  
Tél: .....  
Courriel (MsSanté de préférence) :  
.....

**PATIENT**

Nom usuel : .....  
Nom de naissance: .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe :  M  F  
Matricule INS : .....  NIA  NIR  
Code Postal du patient : .....

**PRÉLÈVEMENT HUMAIN**

Votre n° de dossier : .....  
Date du prélèvement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Origine du prélèvement : .....

Méthodes de diagnostic utilisées sur le prélèvement :

PCR syndromique :

- Kit: .....
- Résultat: .....
- Valeur Ct: .....
- Autres germes détectés: .....

Culture :

- Gélose utilisée : .....

**ÉCHANTILLON ENVOYÉ AU CNR**

Demande de confirmation d'identification et typage d'une souche de *Vibrio* sp.  
Identification par le laboratoire : .....

Demande de recherche de *Vibrio* sp. dans un prélèvement  
**(Après accord préalable du CNR, envoi à température ambiante)**

Selles  Fecal Swab

**DONNÉES CLINIQUES**

**Pathologie :** (plusieurs peuvent survenir en même temps)

- Bactériémie
- Gastro-entérite
- Infection cutanée  Localisation.....
- Otite
- Autre  Préciser.....

Date du début des symptômes : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hospitalisation  Oui  Non  
Passage en réanimation  Oui  Non  
Antibiothérapie  Oui, préciser : .....  
Traitement chirurgical  Oui  Non

**Facteurs de risque :**  Oui  Non

- Hépatopathie  .....
- Pathologie hématologique  .....
- Cancer  .....
- Affection cutanée  .....
- Diabète  .....
- Immunodépression  .....
- Antécédents digestifs  .....
- Traitement antiacide  .....
- Autres antécédents  .....

**Évolution :**  Guérison  Décès  En cours  Séquelles  
(préciser).....

**DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

**Voyage à l'étranger dans les 7 jours précédant le premier symptôme ?**  
 Oui  Non  
Si oui, Pays : ..... Ville : .....  
Du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lors du voyage, y a-t-il eu une consommation de fruits ou légumes crus ?  
 Oui  Non  
Lors du voyage, y a-t-il eu une consommation d'eau non embouteillée ?  
 Oui  Non

**Contact direct avec l'eau dans les 7 jours précédant le premier symptôme ?**  Oui  Non  
Si oui, Lieu (Code Postal) .....

- Nature :  mer  lac, rivière  piscine  pêche à pied  
 activités nautiques  autre.....
- Y a-t-il une notion de blessure au cours du contact ou une lésion préexistante ?  Oui  Non

**Manipulation des produits de la mer dans 7 jours précédant le premier symptôme ?**  Oui  Non  
Y'a-t-il eu blessure à cette occasion ?  Oui  Non

**Consommation des produits de la mer dans les 7 jours précédant le premier symptôme ?**  Oui  Non

- Produits consommés : .....
- Mode de consommation :  Cru  Cuit
- Code Postal de consommation : .....

**Y'a-t-il une notion de cas groupés ?**  Oui  Non  
Si oui, préciser : .....

**Y'a-t-il eu une DO effectuée ?**  Oui  Non  
Si oui, préciser le nom de l' ARS: .....

Le Centre National de Référence Vibrions et Choléra (CNRVC) étant informatisé et n'ayant pas de contact direct avec les patients pour lesquels vous nous adressez leurs échantillons et données associées, 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 modifiée et Règlement (UE) n°2016/679 relatif à la protection des données personnelles). Pour cela, ils peuvent nous écrire à : [dpo@pasteur.fr](mailto:dpo@pasteur.fr).

En vertu du Code de la Santé Publique et de la loi « Informatique et Liberté », et dans cette situation, tout patient doit être informé que le CNRVC peut utiliser à des fins de recherche en santé, et dans le respect de la confidentialité, de son ou ses échantillon(s) biologique(s) ainsi que des données qui y sont associées. Chaque patient peut, s'il le souhaite refuser l'utilisation de ses prélèvements et/ou données personnelles à des fins de recherche en santé. Veuillez cocher la case ci-dessous si le patient (ou pour les mineurs, le(s) titulaire(e) de l'autorité parentale / pour les majeurs sous tutelle, le tuteur) s'oppose à l'utilisation secondaire de son(s) prélèvement(s) et données associées à des fins de recherche en santé. La non-opposition équivaut à un consentement.

Le patient s'oppose à l'utilisation secondaire de son(s) prélèvements(s) et données associées à des fins de recherche en santé.