



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 l'utiliser systématiquement**

.....

PRELEVEMENT

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

Pharyngé : ☐

Nasal : ☐

Plaqué dentaire : ☐

Autre :

Date du prélèvement :/...../.....

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 DE L'ANIMAL

Nom de l'animal :

Espèce :

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

Nom du propriétaire :

Ville d'origine de l'animal :

Code postal : | | | | |

Oui Non Inconnu

Voyage récent à l'étranger ? ☐ ☐ ☐

Si oui, où (Pays) ?

Est-ce un cas isolé ? ☐ ☐ ☐

Nombre de cas ?

D'autres animaux dans l'entourage ? ☐ ☐ ☐

Lesquels ? Nombre

CONTEXTES CLINIQUES

Oui Non Inconnu

Ecoulement nasal ☐ ☐ ☐

Ulcérations labiales ou nasales ☐ ☐ ☐

Lésions cutanées aiguës ou chroniques ☐ ☐ ☐

Ecoulement des yeux ☐ ☐ ☐

Autre ? Avec précisions :

Recherche de portage : ☐ ☐ ☐

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Oui Non Inconnu

Traitement avant prélèvement ? ☐ ☐ ☐

Si oui, durée :

Antibiotique administré ? :

Questionnaire à joindre pour tout envoi au

CNR des Corynébactéries du complexe *diphtheriae*
INSTITUT PASTEUR
25-28 Rue du Docteur Roux
75724 PARIS Cedex 15

S. Brisse - E. Badell Ocando
Email : coryne@pasteur.fr
Tel. : 01.45.68.83.34/80.05 ou 01.44.38.94.40
Fax : 01.40.61.35.33

Ne pas remplir