

Merci de compléter la fiche avec soin - à joindre à toute demande d'examen et envoyer au CNR, 25-28 rue du Dr. Roux – 75724 Paris Cedex 15

**Informations obligatoires à renseigner*

INFORMATION PREALABLE DU PATIENT

En vertu du Code de la Santé Publique et de la loi « Informatique et Liberté », chaque patient doit être informé de l'utilisation possible, par le CNR des Bactéries anaérobies et Botulisme, à des fins de recherche, et dans le respect de la confidentialité, de son ou ses échantillon(s) biologique(s) ainsi que des données qui y sont associées. En effet, le CNR conduit certains travaux de recherche en vue d'améliorer le diagnostic et les connaissances générales sur *Clostridium botulinum* et le botulisme. Toute recherche en matière de génétique humaine est exclue de cette démarche. Chaque patient peut, s'il le souhaite, refuser l'utilisation de ses prélèvements et/ou données personnelles à des fins de recherches.

Suite à cette information, le patient (ou pour les mineurs, le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale/pour les majeurs sous tutelle, le tuteur),

S'oppose ☐ ne s'oppose pas ☐ à l'utilisation secondaire de son (ses) prélèvement(s) et données associées, à des fins de recherche et dans le cadre de la pathologie pour laquelle il consulte.

Patient(e) / représentant(s) légal (aux) non informé(s) ☐ Motif:

PATIENT : NOM de naissance* : PRENOM* : Sexe : Né(e) le* : Département du malade* : NIR ou NIA : Date de prélèvement* :	Médecin/Biologiste destinataire des résultats : Nom et adresse complète* E-mail obligatoire pour l'envoi du compte rendu d'analyse / MSSanté si possible* : Tél : Fax :
PRELEVEMENT* : Biopsie de la plaie ☐ Autre (préciser) ☐ Température : 4°C	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES* : Hospitalisation : oui ☐ non ☐ Service de Réanimation : oui ☐ non ☐ Ventilation assistée : oui ☐ non ☐	
<u>IMPORTANT</u> : NOM et  du médecin à contacter*	
Traitement en cours (en particulier antibiothérapie)* : Date de début des symptômes* : ____ / ____ / 20 ____ Signes cliniques* : Trismus : Oui ☐ Non ☐ Rigidité musculaire : Tronc ☐ Rachis ☐ Abdomen ☐ Membres ☐ Généralisée ☐ Nouveau-né : Arrêt de tétée ☐	
RENSEIGNEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES : Vaccination : non ☐ oui ☐ Date de la dernière dose : Date de la plaie* : ____ / ____ / 20 ____ Type de plaie :	

Support d'enregistrement	Version
FICHE D'ACCOMPAGNEMENT DE PRELEVEMENT POUR LE DIAGNOSTIC DU BOTULISME HUMAIN	A

**CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE DES
BACTÉRIES ANAÉROBIES ET BOTULISME**

25-28, rue du Dr. Roux
75724 Paris Cedex 15
France

Email : cnranaerobies@pasteur.fr

	Téléphone	Fax
Laboratoire	+33 (0)1 45 68 83 10	+33 (0)1 40 61 31 23

Le Centre National de Référence des Bactéries Anaérobies et du botulisme prend en charge le diagnostic du tétanos dans les conditions pré-analytiques suivantes :

Type d'échantillon	Milieu de transport	T°C de transport	Délai d'acheminement	Délai de rendu de résultat	Informations spécifiques
Souche	Gélose au sang sous sachet de type Anaerogen Compact (Oxoid), Anaerocult P (Merck) ou système similaire, préincubée pour vérifier que la souche est en culture pure. A proscrire : transport sur écouvillon et d'une façon générale tout milieu permettant un contact avec l'air	Entre 5°C et 25°C	Non critique	2 semaines maximum après réception du prélèvement	Consulter les pages web du CNR Et/ou Contacter le CNR
Prélèvement	Tube stérile	Entre 2 et 8°C	24h	2 semaines maximum après réception du prélèvement	Consulter les pages web du CNR Et/ou Contacter le CNR

1. Le questionnaire au verso doit être correctement rempli et joint obligatoirement au prélèvement.
2. Le conditionnement des envois doit être conforme aux exigences réglementaires applicables aux substances biologiques périssables infectieuses.