CNR ASSOCIE *ESCHERICHIA COLI*

Responsables *E. coli* producteur de Shigatoxines : Dr Aurélie Cointe, Pr Stéphane Bonacorsi
Responsables *E. coli* Infections materno-foetales et méningites : Pr Stéphane Bonacorsi, Dr Philippe Bidet
Hôpital Robert Debré, Service de Microbiologie, 48 Boulevard Sérurier, 75019 Paris
Tél. : (+33) 1 40 03 23 40, Fax : (+33) 1 40 03 24 50
Adresses mail : e.coli@aphp.fr / e.coli.rdb@aphp.mssante.fr **Site internet :** http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr

Fiche de renseignements pour la recherche de : *E. coli* entérohémorragique (EHEC/STEC)

Biologiste expéditeur
A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom : .....
Tél. : .....
Fax : .....
e-mail (MSSanté si existante): .....
Date d'envoi : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Adresse COMPLETE du laboratoire expéditeur
A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Médecin prescripteur :
Nom : ..... e-mail (MSSanté si existante) : .....
Service : ..... Tél. obligatoire : .....

IMPORTANT : La recherche de STEC est indiquée en cas de syndrome hémolytique et urémique ou de diarrhée sanglante. Consulter le site CNR pour connaitre les indications d'envoi d'échantillon au CNR

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT
(Etiquette identité si possible ou en MAJUSCULES)

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Sexe : M / F
Département d'origine : .....

Hôpital (si différent du laboratoire) : .....

Renseignements cliniques INDISPENSABLES
(Examen non réalisé en leur absence)

→ Hospitalisation : Oui ☐ Non ☐
→ Immunodépression : Oui* ☐ Non ☐
* Patient greffé : Oui ☐ Type de greffe : .....

→ Clinique :
Diarrhée ☐ Diarrhée sanglante ☐
Date de début _ _ / _ _ / _ _ _ _

SHU/MAT ☐ Date de début _ _ / _ _ / _ _ _ _

Traitement antibiotique ☐ Date de début _ _ / _ _ / _ _ _ _
Si oui lequel :

Contact d'un SHU ☐
Prescription médicale explicite (copie ordonnance) ☐

Renseignements épidémiologiques si connus

Cas isolé ☐
Cas groupés ☐ Nombre de cas : .....
- Famille ☐
- Ecole ☐ Crèche ☐
- Autre .....

Si Voyage récent indiquer le pays: .....
Date de retour: .....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ECHANTILLON

→ **Selles ou écouvillonnage de selles sur milieu de transport : (votre réf.) n°**.....
Date du prélèvement : _ _ / _ _ / _ _ _ _

→ **Si pas de selles, écouvillon RECTAL sur milieu de transport (votre réf.) n°**.....
Date du prélèvement : _ _ / _ _ / _ _ _ _

→ **Primoculture de : (votre réf.) n°** .....
☐ selles ou écouvillon rectal
☐ biopsie (précisez le site .....)
☐ autres (.....)
Date du prélèvement : _ _ / _ _ / _ _ _ _

→ **SOUCHE (votre réf.) n°** .....
!! Uniquement si souche stx + confirmée, sinon envoi impératif de la selle !!
Isolée de : ☐selles ☐écouvillon rectal
Autre site (précisez) : .....
Date du prélèvement : _ _ / _ _ / _ _ _ _

→ **ADN (votre réf.) n°**.....
Type de prélèvement : .....
Date du prélèvement : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Avez-vous réalisé une PCR stx ? : oui ☐ non ☐
Si oui indiquez votre résultat de PCR Stx :
☐ stx1/2 ⊕ ☐ stx1 ⊕ ☐ stx2 ⊕ ☐ eae ⊕
☐ stx négatif
Technique : ☐ FilmArray (CT: .....) ☐ BDMax (CT: ....)
☐ Quiastat (CT: .....) ☐ autre : .....

Conditions de transport : Triple emballage
- selles en milieu de transport
- écouvillon rectal en milieu de transport
- primoculture scellée

} à température ambiante < 72h

- souche : tube de conservation → à température ambiante
- ADN → acheminement à une température ≤ +8°C

Seule la version électronique fait foi