



SUPPORT D'ENREGISTREMENT	VERSION
<b>FICHE D'ACCOMPAGNEMENT DES ECHANTILLONS</b>	<b>C</b>

**Demande de recherche du gène de la toxine diphtérique et confirmation de l'identification des bactéries appartenant au complexe *diphtheriae***

**LABORATOIRE EXPEDITEUR** : Adresse complète ou cachet

  
  

Médecin Biologiste correspondant

Nom :

Tél:

Email :

**ECHANTILLON**  
 N° de dossier : .....  
 Type d'échantillon envoyé : .....  
 Date d'envoi : ...../...../.....

**PRELEVEMENT**  
 Date du prélèvement : ...../...../.....  
 Type de prélèvement à partir duquel la corynebactérie a été identifiée :

	Oui	Non
Pharyngé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si origine animale**  
 Espèce .....  
 Type de prélèvement .....  
 Origine géographique .....

**BACTERIOLOGIE**  
 Date de la culture envoyée : ...../...../.....  
 Envoyée en boîte de Pétri  Envoyée en gélose profonde

**RESULTATS DEJA OBTENUS**  
 Identification :  
*C. diphtheriae*  *C. ulcerans*  *C. pseudotuberculosis*

Méthode utilisée : .....  
 Résistance : .....  
 Autre résultat : .....

**PATIENT**  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../..... M  F   
 Ville de résidence .....  
 Code postal : \_\_\_\_\_

Voyage récent à l'étranger ? Oui  Non   
 Si oui, où ?.....

Cas isolé    
 Autre cas dans l'entourage

Nombre de cas .....  
 Animaux dans l'entourage .....

**CONTEXTES CLINIQUES**

	Oui	Non
<u>Diphthérie clinique</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Suspicion de diphtérie</u> :		
Angine/pharyngite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membranes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Infection extra-pharyngée</u> :		
Plaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre / précisions .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Recherche de portage</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Hospitalisation</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service : .....		

**VACCINATION**

	Oui	Non
Patient vacciné contre la diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de doses : .....		
Date de la dernière dose : ...../...../.....		
Type de vaccin (nom commercial) : .....		

**TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE**

	Oui	Non
Traitement avant prélèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, durée : .....		
Antibiotique administré : .....		

Le CNR exerce des missions de santé publique grâce au matériel biologique transmis et aux renseignements les accompagnant. Ces activités sont assumées à titre gracieux sous réserve du respect des modalités d'expédition des souches et de la fourniture des renseignements se référant à ces produits biologiques. Le directeur du CNR est seul juge de la finalité des actes qu'il effectue et de leur gratuité.

<p><b>Questionnaire à joindre pour tout envoi au</b>          CNR des Corynebactéries du complexe <i>diphtheriae</i>          INSTITUT PASTEUR          25-28 Rue du Docteur Roux          75724 PARIS Cedex 15</p>	<p>S. Brisse - E. Badell-Ocando          Email : <a href="mailto:coryne@pasteur.fr">coryne@pasteur.fr</a>          Tel. : 01.45.68.83.34/80.05 ou 01.44.38.94.40          Fax : 01.40.61.35.33</p>	<p><i>Ne pas remplir</i></p>
---	--	------------------------------

Le CNR étant informatisé et n'ayant pas de contact direct avec les patients, 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).