


HÔPITAL / 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 :

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

 Pharyngé : Cutané :
 Nasal : Autre ?

Date du prélèvement :/...../.....

Si origine animale

Espèce :

Origine géographique :

ECHANTILLON ENVOYE AU CNR :

Votre N° de dossier :

Date d'envoi au CNR :/...../.....

Type d'échantillon	{	Ecouvillon :	<input type="checkbox"/>
		Pseudomembrane :	<input type="checkbox"/>
		Culture :	<input type="checkbox"/>

Date de la culture :/...../.....

 Envoyée en boîte de Pétri :

 Envoyée en gélose profonde :
RESULTATS DEJA OBTENUS

Identification :	{	<i>C. diphtheriae</i>	<input type="checkbox"/>
		<i>C. ulcerans</i>	<input type="checkbox"/>
		<i>C. pseudotuberculosis</i>	<input type="checkbox"/>

Méthode utilisée :

Résistance :

Autre résultat :

INFORMATIONS PATIENT

Nom de naissance :

Prénom :

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

Ville de résidence :

Code postal : |_|_|_|_|_|_|

Oui Non Inconnu

Voyage récent à l'étranger ?

Si oui, où (Pays)

Est-ce un cas isolé ?

Nombre de cas

Animaux dans l'entourage ?

Lesquels Nombre

CONTEXTES CLINIQUES

Oui Non Inconnu

Diphtérie clinique :
Suspicion de diphtérie :

 Angine/pharyngite :

 Membranes :
Infection extra-pharyngée :

 Plaie :

Autre ? Précisions :

Hospitalisation :

Service :

Recherche de portage :
VACCINATION

Oui Non Inconnu

 Patient vacciné contre la diphtérie :

Nombre de doses :

Date de la dernière dose :/...../.....

Type de vaccin (nom commercial) :

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Oui Non Inconnu

 Traitement avant prélèvement ?

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.

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