

**FICHE D'ACCOMPAGNEMENT DES ECHANTILLONS**

E


**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 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 :
- 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** : .....

**PATIENT**

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

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

Ville de résidence : .....

Code postal : .....

**Voyage récent à l'étranger ?** Oui  Non 

Si oui, où (Pays) ? .....

**Cas isolé ?**  

 Autre(s) cas dans l'entourage ?  

Nombre de cas ? .....

**Animaux dans l'entourage ?**  

Lesquels ? ..... Nombre .....

**CONTEXTES CLINIQUES**

 Oui  Non 
**Diphtérie clinique :**  
**Suspicion de diphtérie :**  

 Angine/pharyngite  

 Membranes  
**Infection extra-pharyngée :**  

 Plaie  

Autre ? Avec précisions : .....

**Hospitalisation :**  

Service : .....

**Recherche de portage :**  
**VACCINATION** Oui  Non 
**Patient vacciné contre la diphtérie**  

Nombre de doses : .....

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

Type de vaccin (nom commercial) : .....

**TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE** Oui  Non 
**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](mailto: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*

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).