

**SOUCHES DE LISTERIA D'ORIGINE HUMAINE**

*(A compléter et à envoyer avec les souches à)*

CNR et CCOMS des *Listeria*, Institut Pasteur, 25 rue du Docteur Roux, 75724 PARIS CEDEX 15,  
☎: 01 40 61 31 12, ☎: 01 40 61 35 67, Email : [listeria@pasteur.fr](mailto:listeria@pasteur.fr), web : <http://www.pasteur.fr/cnr/listeria>

CONFORME  
 NON CONFORME  
NC N° :

**ADRESSE DU LABORATOIRE EXPEDITEUR**

Sous-traitance d'analyses, merci de faire remplir la feuille par le prescripteur et/ou le laboratoire d'origine pour les données cliniques

Remarques éventuelles.

NOM/PRENOM et SIGNATURE OBLIGATOIRES du client / prescripteur :

Par cette signature, le client/prescripteur reconnaît avoir pris connaissance des conditions générales de prestations analytiques du CNR consultables sur son site web à l'adresse <http://www.pasteur.fr/cnr/listeria> ou auprès du secrétariat du CNR.

**PATIENT**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  F  M

Date de naissance : ..... Code postal de résidence : .....

**SUCHE**

Numéro d'origine : ..... Date d'isolement : / /

**SUCHE ISOLEE DU PRELEVEMENT DE**

sang  LCR  placenta  autre, préciser : .....

Date du prélèvement : / /

(Le CNR ne réalise pas de qPCR sur LCR ou d'antibiogramme de 1<sup>er</sup> intention sauf sur demande de l'ARS ou de SPF ou de la DGS – Arrêté du 16 Juin 2016)

**FORME NON-MATERNO-NEONATALE**

**Adulte (sauf femme enceinte) et  
enfant > 1 mois**

**Clinique**

- infection du système nerveux central
- septicémie/bactériémie
- gastroentérite
- autre, préciser : .....
- premier symptôme survenu ≥ 72h après une hospitalisation

**Pathologie sous-jacente**

- aucune  diabète  dialyse
- cirrhose  éthyliste  cancer
- traitement immunosuppresseur
- transplantation d'organe
- autre, préciser : .....

**Evolution**

- guérison
- décès
- nouvelle listériose
- séquelles, préciser : .....

**FORME MATERNO-NEONATALE**

**Femme enceinte, nouveau né < 1 mois et  
fœtus**

**Clinique**

- premier symptôme survenu ≥ 72h après une hospitalisation

**Terme de grossesse :** .....

**Evolution**

- forme maternelle isolée
- fausse couche < 20 SA
- mort fœtale in utero ≥ 20 SA
- accouchement prématuré (<37SA)
- infection néonatale tardive (> J4 de vie)
- décès du nouveau-né