RENSEIGNEMENTS

Nom :..... Prénom :…….....

Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Date de la vaccination |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Nom du Vaccin :……

Date de l'infection |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Prélèvement à l' admission

|__|__| |__|__| |__|__|__|__|sous antibiotique : Oui Non

Prélèvement à J+15

|__|__| |__|__| |__|__|__|__| sous antibiotique : Oui Non

SIGNES CLINIQUES :

☐ Fièvre……

☐ Syndrome méningé

☐ Purpura

☐ *Purpura fulminans*

Autres (préciser) :…….

Antibiothérapie précoce ☐non ☐oui depuis……..

Déficits immunitaires connues :

DONNÉES BACTÉRIOLOGIQUES ET BIOLOGIQUES

☐ Culture

☐ PCR

☐ Antigènes solubles

Sérogroupe	A	B	C	Y	W135	Autres

Exploration du complément lytique (CH50) :

N° Enregistrement

Réservé au CNRM

Unité des Infections Bactériennes Invasives

Centre national de référence des Méningocoques et Haemophilus Influenzae

Tél. : 01 45 68 84 38 – Fax: 01 40 61 30 34

INSTITUT PASTEUR

28 rue du Docteur Roux – 75724 PARIS cedex 15

Indiquez dans le cadre ci-dessous votre adresse complète

Nom du Correspondant à contacter……

Téléphone : …….…… Fax :……..……

Cadre réservé

Titre bactéricide

Titre ELISA

Commentaires