Centre national de référence des Méningocoques et d'Haemophilus influenzae

INSTITUT PASTEUR

Unité des Infections Bactériens Invasives 28 rue du Docteur Roux - 75724 PARIS cedex 15

Tél.: 01 45 68 31 08 - Fax: 01 40 61 30 34

Cadre réservé au CNR

Réservé au CNR

N°Enregistrement

| | | | | |][| |
|--|---|--------|---|---|----|---|
| | ı | \neg | П | П | Г | ٦ |

| Site web: https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les | -cnr/meningocoque | S | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|-------|-----------|---------------|-------------------------------|----------------------|-----------|------------------|--|--|--|
| Indiquez dans ce cadre votre adresse complete | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Nom du Correspondant à contacter | | | | | | | | | | | |
| RENSEIGNEMENTS PATIENT | | | | | | | | | | | |
| Nom : Prénom : | | | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | | | | | | | | |
| Sexe : M F | | | | | | | | | | | |
| Date de prélèvement : _ _ _ _ _ | | | | | | | | | | | |
| DONNEES CLINIQUES: | DONNÉES BIOLOGIQUES | | | | | | | | | | |
| ☐ Fièvre | | | | | | | | | | | |
| ☐ Méningite | ☐ Pneumonie | | | | CRP: | | | | | | |
| ☐ Purpura | ☐ Épiglottite | | | | PCT: | | | | | | |
| ☐ Purpura fulminans | ☐ Otite | | | | NFS: Glycémie: | | | | | | |
| ☐ Bactériemie | \square Pharyngite | | | | Glycernie | | | | | | |
| ☐ Péricardite | \square Douleurs abdominales | | | | LCS N° elements: | | | | | | |
| ☐ Arthrite | ☐ Conjonctivite | | | | %PNN: | | | | | | |
| ☐ Autres, à préciser: | | | | | Glycorachie: Protéinorachie: | | | | | | |
| Notion de voyage : | | | | | Prote | inoracine. | | | | | |
| Notion de voyage : <u>Evolution:</u> Décès : □ oui □ non | | | | | | Déficit immunitaire: | | | | | |
| Antibiothérapie précoce: | □ oui | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Si oui: Antibiotique | Depuis | | | | | | | | | | |
| Corticothérapie: □non | □ oui | | | | | | | | | | |
| Si oui: Type | Depuis | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VACCINATION ANTI-MENINGOCOCCIQUE | | | VAC | CINATION | N ANTI-H | IAEMOPH | HILUS INF | LUNZAE b | | | |
| □Non □ Oui | | | | \square Non | ☐ Oui | | | | | | |
| Si oui : Type (nom) de vaccin/dose : | | | | | | | | | | | |
| Date de la dernière dose : | | | Date | de la de | rnière do | se: | | | | | |
| INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON | | | | | | | | | | | |
| Site de prélevement et d'isolement des soud | hes · | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| ☐ LCR ☐ Sang ☐ Biopsie cutanée ☐ Liqu | ide articulaire | ⊔ Aut | res liqui | des (à pr | éciser) | | ⊔ Autı | res (à préciser) | | | |
| ☐ Souche isolée | | | | | | | | | | | |
| ☐ Neisseria meningitidis | | | | | | | | | | | |
| _ | ☐Non Réalisé | □A | □в | □с | □Y | $\square w$ | □ Autr | e | | | |
| ☐ Haemophilus influenzae | | LA | _ ∪ ∪ | | □ ! | □ v v | □Auti | c | | | |
| | ☐Non Réalisé | □a | □b | □с | □d | □e | □f | □Non Typable | | | |
| ☐ Autre, à préciser | | ⊔a | ⊔٥ | шt | ⊔u | □€ | ' | — Non Typable | | | |
| □ Prélèvement primaire, PCR demandée | | | | | | | | | | | |
| ☐ Nm ☐ Hi ☐ Si réalisé par l'hôpital le résultat: | | | | | | | | | | | |
| — Will — — — — — Streamse par Friopital le resultat | | | | | | | | | | | |