

DETECTION DES MENINGITES BACTERIENNES

Formulaire à renvoyer avec l'échantillon au Centre de Référence (adresse ci-dessus)

* Identification du laboratoire qui envoie la souche

Nom du responsable :

Nom du laboratoire :

Service :

Adresse :

Code postal/Localité :

Tél. : Fax. :

E-mail :

Cadre réservé au Centre de Référence

Vaccinations

Vaccin contre les méningocoques

Le patient a-t-il été vacciné ? oui non inconnu

Si oui, en quelle année ?

Type de vaccin :

Vaccin contre les streptocoques

Le patient a-t-il été vacciné ? oui non inconnu

Si oui, en quelle année ?

Renseignements concernant le patient

* Nom :

* Sexe : H F inconnu

* Date de naissance (ou âge) :

* Code postal/Localité :

Profession :

Nationalité :

Séjour récent à l'étranger : oui non

Si oui, pays ou région :

Hospitalisation: oui non

Renseignements complémentaires

* Données cliniques :

méningite

septicémie

méningite + septicémie

inconnu

autre :

* Evolution :

guérison

favorable

décès

inconnu

*Tel. en cas des renseignements supplémentaires sont nécessaires :

Renseignements concernant l'échantillon

Identification probable :

* Numéro d'identification :

Basée sur :

examen microscopique direct

recherche d'antigènes solubles

identification biochimique de la culture

MALDI-TOF MS

méthodes sans culture : PCR
 sérologie

* Nature :

L.C.R.

expectoration

sang

écoulement urétral / vaginal

frottis de gorge.

pus :

autre :

inconnu

* Date de l'isolement : (jj/mm/aaaa)

Analyses souhaitées

Détection *Streptococcus pneumoniae*

Détection *Neisseria meningitidis*

Détection *Listeria monocytogenes*

Détection *Haemophilus influenzae*

Détection d'un des 4 germes sus-mentionnés

Autre :

Remarques :

* à compléter absolument

➔ Veuillez indiquer clairement sur le paquet «Température ambiante».