

**SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES**

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 : .....

**Renseignements concernant le patient**

\* Nom : .....

Code : .....

\* 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 concernant l'échantillon**

Identification probable : .....

\* Numéro d'identification : .....

\* Souche isolée de :

 sang selles L.C.R expectoration écoulement urétral / vaginal urine pus : ..... autre : ..... inconnu

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

**Cadre réservé au Centre de Référence****Renseignements complémentaires**

Renseignements cliniques:

 septicémie méningite ou meningoencéphalitis gastro-entérite naissance prématurée avortement spontané mort-né granulomatosis infantiseptica autre (à préciser): .....

Type de cas :

 la grossesse nouveau-né autre

Informations supplémentaires en cas de périnatalité :

 souche isolée mère souche isolée fœtus souche isolée nouveau-né

Maladie sous-jacente et/ou intervention médicale:

.....

.....

Evolution:

 guérison favorable décès inconnu

Source de contamination:

 source communautaire transmission homme à homme exposition à un aliment contaminé autre

Remarques:

.....

.....

\*Tel. en cas des renseignements supplémentaires sont

nécessaires : .....

**\* à compléter absolument**