

## 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 : .....

### 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 : .....

### 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)

\* à compléter absolument