

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

Vaccination

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 :

Données épidémiologiques (ex. : cas importé, cas groupé, résistance particulière, traitement, ...) :

* **Evolution :**

guérison
 favorable
 décès
 inconnu

Remarques :

*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)

*** à compléter absolument**

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