

# CNR ASSOCIE *ESCHERICHIA COLI*

Hôpital Robert Debré, Service de Microbiologie, 48 Boulevard Sérurier, 75019 Paris

Responsable *E. coli* producteur de Shigatoxines : Pr Patricia Mariani-Kurkdjian

Responsable *E. coli* Infections materno-foetales et méningites : Pr Stéphane Bonacorsi

Tél. : (33) 1 40 03 23 40, Fax : (33) 1 40 03 24 50, Adresse mail : [e.coli@aphp.fr](mailto:e.coli@aphp.fr)

Site internet : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr>

## Fiche de renseignements pour l'envoi de souches de : *E. coli* extra-intestinaux

### Biologiste expéditeur

#### A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom : .....

Tel : .....

Fax : .....

e-mail : .....

Date d'envoi : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### Adresse COMPLETE du laboratoire expéditeur

#### A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

### Médecin prescripteur :

Nom : .....

Service : ..... Tél obligatoire : .....

- Infection materno-fœtale (Bactériémie et/ou méningite chez le nouveau né avant 72h de vie)
- Bactériémie maternelle avec chorio-amnionite
- Méningite après la 72<sup>ème</sup> heure de vie
- Autres syndromes infectieux particuliers (**uniquement après accord téléphonique avec le CNR**)

Nom du biologiste ayant donné son accord :

### PATIENT :

NOM : .....

Prénom : .....

Hôpital (si différent du laboratoire) : .....

Service d'hospitalisation : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Sexe : M / F

Evolution à 3 jours : **décès oui/non**

Commentaires éventuels : .....

Pour le Nouveau-né :

Né dans cet hôpital : oui / non

Terme de naissance : ..... semaines et ..... jours

Poids de naissance : .....

Étiquette Patient

SOUCHE (votre référence) n° .....

Isolée de l'hémoculture  du LCR

Autre site (précisez) : .....

Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Commentaires : .....

SOUCHE (votre référence) n° .....

Isolée de l'hémoculture  du LCR

Autre site (précisez) : .....

Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Commentaires : .....

SOUCHE (votre référence) n° .....

Isolée de l'hémoculture  du LCR

Autre site (précisez) : .....

Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Commentaires : .....

**MODE DE TRANSPORT :**  
**Repiquage gélose profonde et sous**  
**emballage hermétique conforme.**

**N. B. : pour chaque souche, joindre une copie**  
**de l'antibiogramme et un compte rendu**  
**d'hospitalisation si possible.**