

# Centre National de Référence des Méningocoques et d'*Haemophilus influenzae*

## INSTITUT PASTEUR

Unité des Infections Bactériennes Invasives

28 rue du Docteur Roux - 75724 PARIS cedex 15

Email : meningo@pasteur.fr - cnr.meningo-haemophilus-influenzae@pasteur.mssante.fr

Tél : 01 45 68 81 78 (secrétariat) - 01 45 68 84 38 (responsable)

Site web : <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/meningocoques-haemophilus-influenzae>

Réservé au CNR

N° d'enregistrement

/

SVP, indiquez dans ce cadre votre adresse complète

Nom du correspondant à contacter :

Adresse :

Téléphone :

## RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : M  F

Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date de prélèvement : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## SIGNES CLINIQUES

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre                   | <input type="checkbox"/> Diarrhée                      |
| <input type="checkbox"/> Méningite                | <input type="checkbox"/> Pneumonie / broncho-pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Purpura                  | <input type="checkbox"/> Épiglottite                   |
| <input type="checkbox"/> <i>Purpura fulminans</i> | <input type="checkbox"/> Otite                         |
| <input type="checkbox"/> Bactériémie              | <input type="checkbox"/> Pharyngite                    |
| <input type="checkbox"/> Péricardite              | <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales          |
| <input type="checkbox"/> Arthrite                 | <input type="checkbox"/> Conjonctivite                 |
| <input type="checkbox"/> Pleurésie                |  |

Autres (à préciser SVP) : .....

Décès  Oui  Non

Origine géographique de la contamination / code postal de résidence : .....

Antibiothérapie précoce :  Non  Oui

Si oui : Antibiotique..... Depuis.....

Corticothérapie :  Non  Oui

Si oui : Type ..... Depuis.....

## DONNÉES BIOLOGIQUES

CRP: ..... PCT: .....

Glycémie: .....

NFS: .....

LCS

N° éléments : ..... %PN : .....

Protéinorachie : .....

Glycorachie : .....

Déficit immunitaire : .....

Traitement anti-complément

Autres traitements immunosupresseurs

PVVIH

Greffé de CSH

## VACCINATION ANTI-MENINGOCOCCIQUE

Non  Oui

Si oui : Type (nom) de vaccin / dose : .....

Date de la vaccination : .....

## VACCINATION ANTI-HAEMOPHILUS INFLUENZAE b

Non  Oui

Si oui : Type (nom) de vaccin : .....

Date de la vaccination : .....

## INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON

### Site de prélèvement ou d'isolement des souches :

LCR  Sang  Liquide articulaire  Autres liquides (à préciser SVP) .....  Autres sites (à préciser SVP) .....

### Souche isolée

*Neisseria meningitidis*  Non Réalisé  A  B  C  Y  W  Autre .....

*Haemophilus influenzae*  Non Réalisé  a  b  c  d  e  f  Non typable

### Prélèvement primaire pour PCR

Nm  Hi  Si PCR réalisée par l'hôpital, merci de préciser le résultat SVP : .....

Opposition du patient à l'usage secondaire en recherche

Non

Oui