

Laboratoire expéditeur

Nom complet (ou cachet) du laboratoire :
 Biologiste correspondant :
 N° et rue :
 Code Postal : [] [] [] [] | Ville :
 Tél. : **E-mail (mssanté de préférence) :**

Echantillon

Date de prélèvement : [] [] / [] [] / [] [] | Type de prélèvement :
 Référence de l'échantillon envoyé :
 Type d'échantillon envoyé : Souche Selles (Accord préalable du CNR nécessaire)
 Selles en Fecal swab (Accord préalable du CNR nécessaire, envoi à temp. ambiante)
 Méthodes d'identification : PCR multiplex Spectrométrie de masse Culture
 ↳ Kit/Trousse : Ct : ↳ Matériel utilisé : ↳ Milieu utilisé :
 Résultat d'identification :

Données patient

Nom de naissance : Prénom : Sexe : M F
 Nom usuel : Date de naissance : CP patient :
 Matricule INS (préciser NIR ou NIA) :

Données cliniques

Pathologies (plusieurs peuvent survenir en même temps)	Facteurs de risque :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Bactériémie <input type="checkbox"/>	↳ Hépatopathie	<input type="checkbox"/>
Gastro-entérite <input type="checkbox"/>	↳ Maladie du sang	<input type="checkbox"/>
Infection cutanée <input type="checkbox"/> (localisation) :	↳ Cancer	<input type="checkbox"/>
Otite <input type="checkbox"/>	↳ Affection cutanée	<input type="checkbox"/>
Autre <input type="checkbox"/> préciser	↳ Alcoolisme	<input type="checkbox"/>
Symptômes du [] [] / [] [] / [] [] au [] [] / [] [] / [] []	↳ Diabète	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation <input type="checkbox"/> période :	↳ Immunodépression	<input type="checkbox"/>
Traitement médical <input type="checkbox"/> préciser :	↳ Antécédents digestifs	<input type="checkbox"/>
Traitement chirurgical <input type="checkbox"/> préciser :	↳ Traitement antiacide	<input type="checkbox"/>
Passage en réanimation <input type="checkbox"/> période :	↳ Autres antécédents	<input type="checkbox"/>

Évolution : Guérison Décès En cours Séquelles (préciser) :

Données épidémiologiques

Voyage à l'étranger dans les 7 jours précédant le premier symptôme ? **oui** **non**

↳ Pays : Ville :
 ↳ Du [] [] / [] [] / [] [] au [] [] / [] [] / [] []
 ↳ **Y a-t-il eu consommation de crudités dans les 7 j précédant le premier symptôme ?** **oui** **non**

Contact direct avec l'eau dans les 7 jours précédant le premier symptôme ? **oui** **non**

↳ Lieu (département, ville) :
 ↳ Nature : mer lac, rivière piscine pêche à pied activités nautiques autre (préciser) :
 ↳ Y a-t-il une notion de blessure au cours du contact ou une lésion préexistante ? **oui** **non**

Manipulation de produits de la mer dans les 7 j précédant le 1^{er} symptôme ? **oui** **non**

↳ Y a-t-il eu blessure à cette occasion ? **oui** **non**

Consommation de produits de la mer dans les 7 jours précédant le premier symptôme ? **oui** **non**

↳ Produits consommés : mode de consommation : cru cuit
 ↳ Lieu de consommation : provenance des produits :

Y'a-t-il une notion de cas groupés ? **oui** préciser :

Y'a-t-il eu une DO effectuée ? **oui** **non** Si oui, préciser le nom de l'ARS :