



HÔPITAL / LABORATOIRE EXPÉDITEUR

(Veuillez indiquer votre adresse complète pour le retour des résultats)

Médecin/Biologiste/Correspondant

(Tous les champs sont obligatoires, veuillez les remplir lisiblement)

Nom complet :

Tél. direct :

Email :

(Si vous possédez une adresse MSSanté, merci de nous donner aussi une adresse classique)

ECHANTILLON ENVOYÉ AU CNR

Votre N° de dossier :

Date d'envoi au CNR :/...../.....

Type d'échantillon :

- Culture : Envoyée en boîte de Pétri
 Envoyée en gélose profonde

Date de la culture :/...../.....

Prélèvement :

- A envoyer seulement en cas d'urgence si symptômes toxiniques

- Ecouvillon Pseudomembrane

Autre :

Source à partir duquel le *Corynebacterium* a été identifié :

- Pharyngé Cutané
 Nasal Autre :

Date du prélèvement :/...../.....

RESULTATS DEJA OBTENUS

- Identification : *C. diphtheriae*
 C. ulcerans
 C. pseudotuberculosis

Méthode utilisée :

Résistance :

Autre résultat :

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Traitement avant prélèvement ? Oui Non Inconnu Si oui, durée :
 Antibiotique administré ? :

INFORMATIONS PATIENT

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Ville de résidence :

Code postal :

	Oui	Non	Inconnu
Voyage récent à l'étranger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, où ? (Pays) :

Est-ce un cas isolé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Si non, nombre de cas :

Animaux dans l'entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Lesquels : Nombre :

CONTEXTES CLINIQUES

	Oui	Non	Inconnu
--	-----	-----	---------

Diphtérie clinique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Suspicion de diphtérie :

Angine/Pharyngite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Membranes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Infection extra-pharyngées :

Plaie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Autre ? Précisions :

Hospitalisation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Service :

Recherche de portage :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

VACCINATION

	Oui	Non	Inconnu
--	-----	-----	---------

Patient vacciné contre la diphtérie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nombre de doses :

Date de la dernière dose :/...../.....

Type de vaccin (nom commercial) :

Le CNR exerce des missions de santé publique grâce au matériel biologique transmis et aux renseignements les accompagnant. Ces activités sont assumées à titre gracieux sous réserve du respect des modalités d'expédition des souches et de la fourniture des renseignements se référant à ces produits biologiques. Le directeur du CNR est seul juge de la finalité des actes qu'il effectue et de leur gratuité.

Cette fiche clinique est à joindre pour tout envoi au CNR des Corynébactéries du complexe *diphtheriae*
 INSTITUT PASTEUR 25-28 Rue du Docteur Roux
 75724 PARIS Cedex 15

S. Brisse - E. Badell Ocano Email :
 coryne@pasteur.fr
 Tel. : 01.45.68.83.34/80.05 ou 01.44.38.94.40
 Fax : 01.40.61.35.33

Ne pas remplir