



## Demande de confirmation de l'identification de l'espèce de *Bordetella*

**HÔPITAL / LABORATOIRE EXPÉDITEUR**

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

**Correspondant :**

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

Nom complet : .....

Tél. direct : .....

Email : .....

(Si vous possédez une adresse MSSanté, merci de la privilégier)

**PRELEVEMENT HUMAIN**

Votre N° de dossier : .....

Date du prélèvement : ...../...../.....

**Origine du prélèvement :**

- Expectoration       Nasopharynx  
 Autre (LBA, PDP, bronche, sang, ...)

Veuillez préciser : .....

**Technique de prélèvement :**

- Aspiration       Écouvillonnage  
 Autre (lavage, biopsie ...)

Veuillez préciser : .....

**ÉCHANTILLON ENVOYÉ AU CNR**

Type d'échantillon	}	<input type="checkbox"/> Culture → <b>(A)</b>	}	<b>(B)</b>
		<input type="checkbox"/> Prélèvement		
		<input type="checkbox"/> Reliquat		
		<input type="checkbox"/> ADN		

**(A) POUR UN ISOLAT :**

Orientation ID .....

Méthode utilisée pour l'ID :

- MALDI-TOF MS       Autre, préciser .....

Date d'isolement ou du repiquage : .....

 Envoyée en  boîte de petri       gélose profonde

Si boîte de petri, préciser le milieu de culture :

- Bordet Gengou  
 Regan-Lowe

Autre: .....

**PATIENT**

Nom de naissance: .....

Prénom : .....

 Date de naissance : ...../...../.....      M  F 

Ville de résidence : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Voyage récent à l'étranger ?**

 Oui  Non  Inconnu 

Si oui, où (Pays) ?.....

**Animaux dans l'entourage ?**

 Oui  Non  Inconnu 

 (important dans le cas de *B. bronchiseptica* et autres)

Lesquels ? ..... Nombre .....

**CONTEXTE CLINIQUE**

 Oui  Non 
**Hospitalisation**

 si oui, en Réanimation :  Autre service, préciser:.....

- Toux paroxystique (durée .....)  
 Apnée     Cyanose  
 Fièvre     Vomissements     Pneumonie     Bradycardie  
 Bactériémie     Taux de leucocytes .....mm<sup>3</sup>  
 Comorbidités (préciser.....)  
 Co-infection (préciser .....)  
 Autres : .....

**VACCINATION**

 Oui  Non  Inconnu 
**Patient vacciné contre la coqueluche**

Nombre de doses : .....

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

Nom commercial du vaccin : .....

**Vaccination maternelle contre la coqueluche**   
**TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE**

 Oui  Non 
**Traitement avant prélèvement**

Antibiotique administré : .....

**(B) POUR UN PRÉLÈVEMENT :**

Orientation ID .....

Méthode utilisée pour l'ID :

- qPCR       Autre, préciser .....

Préciser la valeur de Ct : .....

Le CNR pourra tenter la mise en culture du prélèvement

 Envoi direct du reliquat  **ou**

 Conservation avant envoi à  T ambiante (<48h)       < -70° C

Milieu de transport utilisé pour l'envoi : .....

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.

**Questionnaire à joindre pour tout envoi et à retourner au**  
**CNR de la Coqueluche et autres bordetelloses**  
**INSTITUT PASTEUR**  
**25-28 Rue du Docteur Roux**  
**75724 PARIS Cedex 15**

**Ne pas remplir**

Nous vous remercions pour votre collaboration à la surveillance épidémiologique des infections dues aux bordetelles  
 Droit d'accès et de rectification auprès du CNR de la Coqueluche et Autres Bordetelloses (Loi N°78-17 du 06 janvier 1978).