


LABORATOIRE EXPEDITEUR
(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 la privilégier)
PRELEVEMENT
Type de prélèvement à partir duquel le *Corynebacterium* a été identifié :

 Pharyngé :

 Plaie Cutané :

 Nasal :

 Auriculaire :

 Plaque dentaire :

 Conjonctive oculaire :

Autre :

Date du prélèvement :/...../.....

ECHANTILLON ENVOYE AU CNR :

Votre N° de dossier :

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

Type d'échantillon

 Ecouvillon :

 Pseudomembrane :

 Culture :

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

 Envoyée en boîte de Pétri :

 Envoyée en gélose profonde :
RESULTATS DEJA OBTENUS

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

Méthode utilisée :

Résistance :

Autre résultat :

INFORMATIONS DE L'ANIMAL

Nom de l'animal :

Espèce :

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

Nom du propriétaire :

Origine géographique :

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

Oui Non Inconnu

Voyage récent à l'étranger ?

Si oui, où (Pays) ?

Est-ce un cas isolé ?

Nombre de cas ?

D'autres animaux dans l'entourage ?

Lesquels ? Nombre

CONTEXTES CLINIQUES

Oui Non Inconnu

Ecoulement nasal

Ulcérations labiales ou nasales

Lésions cutanées aiguës ou chroniques

Ecoulement des yeux

Autre ? Avec précisions :

Recherche de portage :

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Oui Non Inconnu

Traitement avant prélèvement ?

Si oui, durée :

Antibiotique administré ? :

Questionnaire 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 Ocando
 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