



URE Environnement
et Risques Infectieux
(CIBU)

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

Fiche de transmission de prélèvements à la CIBU

Version
E

INSTITUT PASTEUR

Unité de Recherche et d'Expertise 'Environnement et Risques Infectieux'

Cellule d'Intervention Biologique d'Urgence (CIBU)

Responsables : Jean-Claude Manuguerra, Laurent Dacheux (adj.)

28 rue du Docteur Roux, 75724 PARIS CEDEX 15 – Secrétariat : ☎ : 01 40 61 38 08 📠 : 01 40 61 38 07

Pôle d'Identification Virale (PIV)	Pôle d'Identification Bactérienne (PIB)	Pôle de Génotypage des Pathogènes (PGP)
Responsable : Jessica Vanhomwegen	Responsable : Anne Le Flèche-Matéos	Responsable : Valérie Caro
☎ : 01 45 68 87 58	☎ : 01 45 68 83 36	☎ : 01 45 68 88 59
cibu-piv@pasteur.fr	cibu-pib@pasteur.fr	cibu-pgp@pasteur.fr

Cette fiche est téléchargeable à partir de notre site internet : <http://www.pasteur.fr/cibu>

COORDONNÉES DU LABORATOIRE EXPÉDITEUR	NOM Prénom du médecin prescripteur
--	---

Aucune expertise ne sera réalisée en l'absence des informations surlignées en gris.

PATIENT

Nom de naissance :	Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Premier prénom de naissance :	Date de naissance :/...../.....
Numéro INS :	<input type="checkbox"/> NIR <input type="checkbox"/> NIA	

ANALYSE

BACTÉRIE VIRUS AGENT INDÉTERMINÉ

VOTRE RÉFÉRENCE :

DATE DU PRÉLEVEMENT : / /

DATE DE DÉBUT DES SYMPTÔMES : / /

NATURE DU PRÉLEVEMENT

<input type="checkbox"/> CUTANÉ	<input type="checkbox"/> Croûte	<input type="checkbox"/> Écouvillon de vésicule/papule	<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RESPIRATOIRE	<input type="checkbox"/> Pharynx	<input type="checkbox"/> Rhino-pharyngé	<input type="checkbox"/> LBA	<input type="checkbox"/> Biopsie
<input type="checkbox"/> DIGESTIF	<input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> Écouvillon rectal	<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SANGUIN	<input type="checkbox"/> Sérum	<input type="checkbox"/> Plasma	<input type="checkbox"/> Sang total	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> Autre, préciser.....	

ANTÉCÉDENTS / CONTEXTE CLINIQUE

SYNDROME	<input type="checkbox"/> Respiratoire	<input type="checkbox"/> Digestif	<input type="checkbox"/> Neurologique	<input type="checkbox"/> Cutané	<input type="checkbox"/> Autre
Préciser :				
SYMPTÔMES	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Fièvre inexpliquée	<input type="checkbox"/> Myalgie	
Préciser :				
CO-MORBIDITÉ					
Préciser :				
ÉVOLUTION	<input type="checkbox"/> Guérison	<input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Séquelles		
Préciser :				

VOYAGES

<input type="checkbox"/> France	Région :	Dates du séjour : ____/____/____ au ____/____/____
<input type="checkbox"/> Etranger	Région :	Dates du séjour : ____/____/____ au ____/____/____

