

CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR *E. COLI* PRODUCTEURS DE SHIGATOXINES (STEC)

FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE :

Prof. Dr. D. Degeyter
UZ Brussel
Microbiologie en Ziekenhuishygiëne
Laarbeeklaan 101, 1090 Jette
Tél.: 02/4775001
E-mail: lmiknrc@uzbrussel.be

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON Nom du responsable: Nom du laboratoire:..... Service:..... Rue + nr: Code postal + commune:..... Tél.: Fax:..... Adresse email:.....	CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE RÉFÉRENCE
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT Nom: Sexe: ☐ M ☐ V ☐ inconnu Date de naissance: Numéro de registre national:..... Code postal /Localité: RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON Numéro d'identification: Date de prélèvement: Nature: ☐ selles (échantillon préféré) ☐ frottis anal (uniquement en cas de SHU) ☐ serum (uniquement en cas de SHU) ☐ autres, précisez: Matériel envoyé : ☐ échantillon de selles fraîches ☐ réisolation primaire de matières fécales sur gélose ☐ souche INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ☐ Cas isolé ☐ Cas groupés ○ Précisez: ☐ Séjour récent à l'étranger (endéans les 12 jours avant le début des symptômes gastro-intestinaux) ○ Pays ou région: ☐ Autres informations utiles:	INFORMATIONS CLINIQUES Le patient a-t-il été hospitalisé: ☐ oui ☐ non Issue: ☐ décédé date de décès: ☐ encore malade ☐ guéri ☐ inconnu Date de début des symptômes: Symptômes: ☐ Manifestations gastro-intestinales ☐ Diarrhée ☐ Diarrhée sanglante ☐ Douleurs ☐ Vomissements ☐ Autres, précisez: Date de début des complications: Complications: ☐ Syndrome urémique hémolytique ☐ Insuffisance rénale aiguë ○ Créatinine sanguine: unité: ○ Clearance de la créatinine: unité: ☐ Anémie hémolytique microangiopathique ○ Hémoglobine: unité: ○ Présence de schistocytes ☐ Thrombocytopénie ○ Plaquettes: unité: ☐ Autres, précisez:.....