

## SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES

Formulaire à renvoyer avec l'échantillon au Centre de Référence (adresse ci-dessus)

**\* Identification du laboratoire qui envoie la souche**

Nom du responsable: .....

Nom du laboratoire: .....

Service: .....

Adresse: .....

Code postal/Localité: .....

Tél.: ..... Fax: .....

E-mail: .....

**Renseignements concernant le patient**

*Si échantillon associé à un cas de grossesse :*  
**REPLIR ICI LES INFORMATIONS DE LA MÈRE**

\* Nom: .....

\* Numéro de téléphone: .....

\* Numéro de registre national: .....

\* Sexe:  H  F  inconnu

\* Date de naissance (si inconnue, âge): .....

\* Code postal/Localité: .....

Profession: .....

Nationalité: .....

Séjour récent à l'étranger:  oui  non

Si oui, pays ou région: .....

Hospitalisation:  oui  non

**Renseignements concernant l'échantillon**

Identification probable: .....

\* Numéro d'identification: .....

\* Souche isolée de:

<input type="checkbox"/> hémoculture	<input type="checkbox"/> sérum
<input type="checkbox"/> L.C.R. (ponction lombaire)	<input type="checkbox"/> sang-héparine
<input type="checkbox"/> selles	<input type="checkbox"/> sang-citrate
<input type="checkbox"/> expectoration (sputum)	<input type="checkbox"/> sang-EDTA
<input type="checkbox"/> écoulement urétral/vaginal	
<input type="checkbox"/> urine	
<input type="checkbox"/> pus: .....	
<input type="checkbox"/> autre: .....	
<input type="checkbox"/> inconnu: .....	

\* Date de l'isolation: ..... (jj/mm/aaaa)

**Renseignements complémentaires**

Type de cas:  
 grossesse  nouveau-né  autre

**Pour les cas associés à une grossesse:**

Souche isolée provenant:  
 de la mère  du fœtus  du nouveau-né

Impact sur la grossesse:  
 naissance prématurée  aucun  
 avortement spontané  inconnu  
 mort-né

Renseignements cliniques du nouveau-né:  
 septicémie  granulomatosis infantiseptica  
 méningite  gastro-entérite  
 autre  inconnu  
 (si autre, préciser): .....

Évolution pour le nouveau-né:  
 vivant  inconnu  
 décès

**Informations au sujet de la mère (en cas de grossesse)  
 OU au sujet d'un cas non-associé à une grossesse:**

Renseignements cliniques:  
 septicémie  granulomatosis infantiseptica  
 méningite  gastro-entérite  
 autre (à préciser): .....

Évolution:  
 guérison  défavorable  
 favorable  décès  
 inconnu

Maladie sous-jacente et/ou intervention médicale:  
 Alcoolisme (cirrhose du foie)  Cancer  
 Immuno-dépression iatrogène  Transplantation  
 Immuno-dépression (autre)  Intervention chirurgicale  
 Maladie cardio-vasculaire  Soins palliatifs  
 Maladie du système digestif  Autre  
 Maladie rénale chronique  Aucune  
 Maladie respiratoire  Inconnu

Spécifier: .....

Autres remarques: .....

\*Tél. en cas de besoin de renseignements complémentaires : .....

\* à compléter absolument