# Centre National de Référence des Méningocoques et *d'Haemophilus influenzae*

**INSTITUT PASTEUR**
**Unité des Infections Bactériennes Invasives**
**28 rue du Docteur Roux - 75724 PARIS cedex 15**
**Email : meningo@pasteur.fr - cnr.meningo-haemophilus-influenzae@pasteur.mssante.fr**
**Tél : 01 45 68 81 78 (secrétariat) - 01 45 68 84 38 (responsable)**
**Site web : https://www.pasteur.fr/fr/nous-connaitre/nos-missions/la-sante-publique/centres-nationaux-de-recherche/meningocoques-et-haemophilus-influenzae/envoyer-un-echantillonune-souche**

**Réservé au CNR**
N° d'enregistrement
☐☐☐☐/☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐

*SVP, indiquez dans ce cadre votre adresse complète*
Nom du correspondant à contacter :
Adresse :
Téléphone :

## RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom : ..... Prénom :.....
Sexe : M ☐ F ☐
Date de naissance : |_||_| |_||_| |_||_||_||_|
Date de prélèvement : |_||_| |_||_| |_||_||_||_|

## SIGNES CLINIQUES

☐ Fièvre
☐ Méningite
☐ Purpura
☐ *Purpura fulminans*
☐ Bactériémie
☐ Péricardite
☐ Arthrite
☐ Pleurésie
☐ Diarrhée
☐ Pneumonie / broncho-pneumonie
☐ Épiglottite
☐ Otite
☐ Pharyngite
☐ Douleurs abdominales
☐ Conjonctivite

Autres (à préciser SVP) : .....

Décès ☐ Oui ☐ Non

Origine géographique de la contamination / code postal de résidence : .....

Antibiothérapie précoce : ☐ Non ☐ Oui
Si oui : Antibiotique..... Depuis.....

Corticothérapie : ☐ Non ☐ Oui
Si oui : Type ..... Depuis.....

## DONNÉES BIOLOGIQUES

CRP: ..... PCT: .....
Glycémie: .....
NFS: .....

LCS
N° éléments : ..... %PNN : .....
Protéinorachie : .....
Glycorachie : .....

☐ Déficit immunitaire : .....
☐ Traitement anti-complément
☐ Autres traitements immunosuppresseurs
☐ PVVIH
☐ Greffé de CSH

## VACCINATION ANTI-MENINGOCOCCIQUE

☐ Non ☐ Oui
Si oui : Type (nom) de vaccin / dose : .....

Date de la vaccination : .....

## VACCINATION ANTI-*HAEMOPHILUS INFLUENZAE b*

☐ Non ☐ Oui
Si oui : Type (nom) de vaccin : .....

Date de la vaccination : .....

## INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON

**Site de prélèvement ou d'isolement des souches :**

☐ LCR ☐ Sang ☐ Liquide articulaire ☐ Autres liquides (à préciser SVP) ..... ☐ Autres sites (à préciser SVP).....

☐ **Souche isolée**

☐ *Neisseria meningitidis*
☐Non Réalisé ☐A ☐B ☐C ☐Y ☐W ☐Autre .....

☐ *Haemophilus influenzae*
☐Non Réalisé ☐a ☐b ☐c ☐d ☐e ☐f ☐Non typable

☐ **Prélèvement primaire pour PCR**
☐ Nm ☐ Hi ☐ Si PCR réalisée par l'hôpital, merci de préciser le résultat SVP : .....

Opposition du patient à l'usage secondaire en recherche ☐ Non ☐ Oui