



HOPITAL / 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 l'utiliser systématiquement*

PRELEVEMENT

Type de prélèvement à partir duquel le *Corynebacterium* a été identifié :

Pharyngé : ☐

Cutané : ☐

Nasal : ☐

Autre ?

Date du prélèvement :/...../.....

Si origine animale

Espèce :

Origine géographique :

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 :	{	<i>C. diphtheriae</i>	☐
		<i>C. ulcerans</i>	☐
		<i>C. pseudotuberculosis</i>	☐

Méthode utilisée :

Résistance :

Autre résultat :

INFORMATIONS PATIENT

Nom de naissance :

Prénom :

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

Ville de résidence :

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

Oui Non Inconnu

Voyage récent à l'étranger ?

☐ ☐ ☐

Si oui, où (Pays)

Est-ce un cas isolé ?

☐ ☐ ☐

Nombre de cas

Animaux dans l'entourage ?

☐ ☐ ☐

Lesquels

Nombre

CONTEXTES CLINIQUES

Oui Non Inconnu

Diphtérie clinique :

☐ ☐ ☐

Suspicion de diphtérie :

Angine/pharyngite : ☐ ☐ ☐

Membranes : ☐ ☐ ☐

Infection extra-pharyngée :

Plaie : ☐ ☐

Autre ? Précisions :

Hospitalisation :

☐ ☐ ☐

Service :

Recherche de portage :

☐ ☐ ☐

VACCINATION

Oui Non Inconnu

Patient vacciné contre la diphtérie : ☐ ☐ ☐

Nombre de doses :

Date de la dernière dose :/...../.....

Type de vaccin (nom commercial) :

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Oui Non Inconnu

Traitement avant prélèvement ? ☐ ☐ ☐

Si oui, durée :

Antibiotique administré ? :

Le CNR exerce des missions de santé publique grâce au matériel biologique transmis et aux renseignements les accompagnant. Ces activités sont assumées à titre gracieux sous réserve du respect des modalités d'expédition des souches et de la fourniture des renseignements se référant à ces produits biologiques. Le directeur du CNR est seul juge de la finalité des actes qu'il effectue et de leur gratuité.

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