

# SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES

Centre national de référence pour

*HAEMOPHILUS INFLUENZAE*

## FORMULAIRE A RENVoyer AVEC LA SOUCHE AU CENTRE NATIONAL DE REFERENCE

Phn. Biol. Delphine Martiny

LHUB-ULB, site Porte de Hal, Microbiologie

Rue Haute, 322 – 1000 Bruxelles

Tel. : 02/4352032/ E-mail : haemophilus@lhub-ulb.be

### IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE LA SOUCHE

Nom du responsable : .....

Nom du laboratoire : .....

Service : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Localité : .....

Tél. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

### CADRE RESERVE AU LABORATOIRE DE REFERENCE

N° de référence : .....

Date réception : .....

Souche :

n'a pas poussé

N° de stockage : .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom (initiales) : .....

Sexe :  H  F  inconnu

Date de naissance : .....

Code postal/Localité : .....

Profession : .....

Nationalité : .....

Séjour récent à l'étranger :  oui  non  inconnu

si oui, pays ou région : .....

Evolution :  vivant  décédé  inconnu

### VACCINATION

Le patient a-t-il reçu une vaccination complète ?

oui  non  inconnu

si oui, à quel âge (dates ou âge) :

1e dose : .....

2e dose : .....

3e dose : .....

éventuel rappel : .....

Nom du vaccin (si disponible) : .....

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Avez-vous effectué un antibiogramme?  oui  non

Si oui, sur quel milieu :  HTM  MHF  autre : .....

Inoculum standardisé Mc Farland  oui  non

Diffusion disque papier  oui  non

Diffusion disque Rosco  oui  non

CMI réalisée(s)  oui  non

Vos résultats : merci d'annexer votre protocole

### ANALYSES DEMANDEES

Identification, biotype, sérotype et antibiogramme seront réalisés sur toute souche transmise au CNR. Analyse complémentaire souhaitée:

+ Autre (justifier) :

.....

### DONNÉES CLINIQUES

Nature de l'affection :

Méningite et / ou  Septicémie

Epiglottite

Pneumonie

Cellulite

Ostéomyélite/arthritis

Autre : .....

Inconnue

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

Numéro d'identification : .....

Nature :

L.C.R.

Sang

LBA

Liquide pleural

Pus d'oreille  tympanocentèse

perforation tympan

Ponction articulaire : .....

Autre : .....

Date du début de la maladie : .....

Date de prélèvement : .....

Date de positivité : .....