

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

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

Prof. Dr. D. Piérard

UZ Brussel - Microbiologie en Ziekenhuishygiëne

Laarbeeklaan 101, 1090 Jette

Tel : 02 4775000

E-mail : labomicro@uzbrussel.be

**IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE
L'ÉCHANTILLON**

Nom du responsable :

Nom du laboratoire :

Service :

Adresse :

Code postal + localité :

Tél. : Fax :

Adresse email:

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

INFORMATIONS CLINIQUES

Le patient a-t-il été hospitalisé : oui non

Issue : décédé date de décès:

encore malade guéri inconnu

Manifestations gastro-intestinales : oui non

Date de début des symptômes :

- Diarrhée oui non

o Si oui, sanglante ? oui non

- Douleurs abdominales oui non

pas de manifestations gastro-intestinales

autres, donner des détails :

Syndrome urémique hémolytique : oui non

Date de début des symptômes :

Donner les valeurs biologiques les plus anormales :

- Insuffisance rénale aiguë : oui non

o Créatinine sanguine : unit  :

o Clearance de la créatinine : unité :

- Anémie hémolytiques microangiopathique : oui non

o Hémoglobine : unit  :

o Présence de schistocytes : oui non

- Thrombocytopénie

o Plaquettes: unité :

Autres complications, donner des détails.....

INFORMATIONS EPIDEMIOLOGIQUES

Cas isolé : oui non inconnu

Cas regroupés : oui non inconnu

Si oui, donner des détails :

Le patient a-t-il séjourné récemment en dehors de son domicile (en Belgique

ou à l'étranger) pendant les 12 jours qui ont précédé les symptômes gastro-

intestinaux : oui non inconnu

Si oui, dans quel pays ou région :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom :

Sexe : H F inconnu

Date de naissance (ou âge) :

Code postal/Localité :

Nationalité :

N  du registre national :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT
L'ÉCHANTILLON**

Selles

Numéro d'identification :

Date de prélèvement :

Nature : selles ( chantillon préféré)

Frottis anal (uniquement en cas de SHU)

Autres :

Matériel envoyé :  chantillon de selles fraiches

réisolement primaire de matières fécales sur gélose entérique.

Souche

Numéro d'identification :

Date d'isolement :

Nature de l'échantillon d'où la souche a été isolée :

Serum

Numéro d'identification :

Date de prélèvement :

Un premier échantillon a-t-il été examiné ? oui non

Si oui : Référence:

Date: