

## SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES

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

<div style="background-color: #e0f0e0; padding: 2px;"><b>* Identification du laboratoire qui envoie la souche</b></div> <p>Nom du responsable : .....</p> <p>Nom du laboratoire : .....</p> <p>Service : .....</p> <p>Adresse: .....</p> <p>Code postal/Localité : .....</p> <p>Tél. : ..... Fax. : .....</p> <p>E-mail : .....</p>	<div style="background-color: #e0f0e0; padding: 2px;"><b>Cadre réservé au Centre de Référence</b></div>  <div style="background-color: #e0f0e0; padding: 2px;"><b>Renseignements complémentaires</b></div> <p><i>Renseignements cliniques:</i></p> <p><input type="checkbox"/> septicémie</p> <p><input type="checkbox"/> méningite ou méningoencéphalitis</p> <p><input type="checkbox"/> gastro-entérite</p> <p><input type="checkbox"/> naissance prématurée</p> <p><input type="checkbox"/> avortement spontané</p> <p><input type="checkbox"/> mort-né</p> <p><input type="checkbox"/> granulomatosis infantiseptica</p> <p><input type="checkbox"/> autre (à préciser): .....</p> <p><i>Type de cas :</i></p> <p><input type="checkbox"/> la grossesse      <input type="checkbox"/> nouveau-né      <input type="checkbox"/> autre</p> <p><i>Informations supplémentaires en cas de périnatalité :</i></p> <p><input type="checkbox"/> souche isolée mère</p> <p><input type="checkbox"/> souche isolée foetus</p> <p><input type="checkbox"/> souche isolée nouveau-né</p> <p><i>Maladie sous-jacente et/ou intervention médicale:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>Evolution:</i></p> <p><input type="checkbox"/> guérison</p> <p><input type="checkbox"/> favorable</p> <p><input type="checkbox"/> décès</p> <p><input type="checkbox"/> inconnu</p> <p><i>Source de contamination:</i></p> <p><input type="checkbox"/> source communautaire</p> <p><input type="checkbox"/> transmission homme à homme</p> <p><input type="checkbox"/> exposition à un aliment contaminé</p> <p><input type="checkbox"/> autre</p> <p><i>Remarques:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>*Tel. en cas des renseignements supplémentaires sont nécessaires :</i> .....</p>								
<div style="background-color: #e0f0e0; padding: 2px;"><b>Renseignements concernant le patient</b></div> <p>* Nom + prénom: .....</p> <p>* Numéro de téléphone: .....</p> <p>* Numéro de registre national: .....</p> <p>* Sexe : <input type="checkbox"/> H   <input type="checkbox"/> F   <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>* Date de naissance (ou âge) : .....</p> <p>* Code postal/Localité : .....</p> <p>Profession : .....</p> <p>Nationalité : .....</p> <p>Séjour récent à l'étranger : <input type="checkbox"/> oui   <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, pays ou région : .....</p> <p>Hospitalisation: <input type="checkbox"/> oui   <input type="checkbox"/> non</p>									
<div style="background-color: #e0f0e0; padding: 2px;"><b>Renseignements concernant l'échantillon</b></div> <p>Identification probable : .....</p> <p>* Numéro d'identification : .....</p> <p>* Souche isolée de :</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> hémoculture</td> <td><input type="checkbox"/> sérum</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> L.C.R</td> <td><input type="checkbox"/> sang-héparine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> selles</td> <td><input type="checkbox"/> sang-citrate</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> expectoration</td> <td><input type="checkbox"/> sang-EDTA</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> écoulement urétral / vaginal</p> <p><input type="checkbox"/> urine</p> <p><input type="checkbox"/> pus : .....</p> <p><input type="checkbox"/> autre : .....</p> <p><input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>* Date de l'isolement : ..... (jj/mm/aaaa)</p>	<input type="checkbox"/> hémoculture	<input type="checkbox"/> sérum	<input type="checkbox"/> L.C.R	<input type="checkbox"/> sang-héparine	<input type="checkbox"/> selles	<input type="checkbox"/> sang-citrate	<input type="checkbox"/> expectoration	<input type="checkbox"/> sang-EDTA	
<input type="checkbox"/> hémoculture	<input type="checkbox"/> sérum								
<input type="checkbox"/> L.C.R	<input type="checkbox"/> sang-héparine								
<input type="checkbox"/> selles	<input type="checkbox"/> sang-citrate								
<input type="checkbox"/> expectoration	<input type="checkbox"/> sang-EDTA								

**\* à compléter absolument**