

SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES

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

* Identification du laboratoire qui envoie la souche

Nom du responsable :
 Nom du laboratoire :
 Service :
 Adresse:

 Code postal/Localité :
 Tél. : Fax :
 E-mail :

Renseignements concernant le patient

* Nom :
 * Numéro de téléphone:
 * Numéro de registre national:
 * Sexe : ☐ M ☐ F ☐ inconnu
 * Date de naissance (ou âge) :
 * Code postal/Localité :
 Profession :
 Nationalité :
 * Séjour récent à l'étranger : ☐ oui ☐ non
 Si oui, pays ou région :
 Hospitalisation: ☐ oui ☐ non

Renseignements concernant l'échantillon

Identification probable :
 * Numéro d'identification :
 * Nature :
☐ selles
☐ urines
☐ sang
☐ pus
☐ bile
☐ liquide péritonéal
☐ inconnu
☐ autre, à préciser :
☐ Association avec un autre germe pathogène :
 * Date de l'isolement : (jj/mm/aaaa)

Cadre réservé au Centre de Référence

Renseignements complémentaires

* Données cliniques :

- ☐ gastro-entérite
- ☐ septicémie
- ☐ infection urinaire
- ☐ porteur asymptomatique
- ☐ inconnu
- ☐ autre, à préciser :

* Traitement antibiotique amorcé: ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles ?

* Evolution :

- ☐ favorable
- ☐ défavorable
- ☐ décès
- ☐ inconnu

* Données épidémiologique :

- ☐ cas isolé
- ☐ contact avec d'autres cas (■)
- ☐ rapport avec une intoxication alimentaire

Remarques :

Antibiogramme :

*Tel. en cas des renseignements supplémentaires sont nécessaires :

(■) préciser en cas d'incident épidémique (= 2 cas ou plus) le nombre de cas clinique et de confirmations éventuelles par le laboratoire

*** à compléter absolument**