

Centre national de référence des Méningocoques et d'Haemophilus influenzae

INSTITUT PASTEUR

Unité des Infections Bactériennes Invasives

28 rue du Docteur Roux - 75724 PARIS cedex 15

Tél. : 01 40 61 31 08 (secrétariat)- 01 45 68 84 38 (responsable) Fax: 01 40 61 30 34

Site web: <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/meningocoques>

Réservé au CNR

N° d'enregistrement :

→Indiquez dans ce cadre votre adresse complète

Nom du Correspondant à contacter

Adresse :

Téléphone :

Fax:

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom : Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

Date de prélèvement : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

SIGNES CLINIQUES:

Fièvre

Méningite

Purpura

Purpura fulminans

Bactériémie

Péricardite

Arthrite

Diarrhée

Pneumonie

Épiglottite

Otite

Pharyngite

Douleurs abdominales

Conjonctivite

Autres,(à préciser SVP):

Evolution: Décès: Oui Non

Origine géographique de la contamination/code postal de résidence:

Antibiothérapie précoce: non

oui

Si oui: Antibiotique.....

Depuis.....

Corticothérapie: non

oui

Si oui: Type

Depuis.....

DONNÉES BIOLOGIQUES

CRP:

PCT:

NFS:

Glycémie:

LCS

N° éléments:

%PNN:

Glycorachie:

Protéïnorachie:

Déficit immunitaire:

VACCINATION ANTI-MENINGOCOCCIQUE

Non Oui

Si oui : Type (nom) de vaccin/dose :

Date de la dernière dose:

VACCINATION ANTI-HAEMOPHILUS INFLUNZAE b

Non Oui

Si oui : Type (nom) de vaccin :

Date de la dernière dose :

INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON

Site de prélèvement ou d'isolement des souches :

LCR Sang Biopsie cutanée Liquide articulaire Autres liquides, (à préciser) Autres sites (à préciser).....

Souche isolée

Neisseria meningitidis

Non Réalisé A B C Y W Autre

Haemophilus influenzae

Non Réalisé a b c d e f Non typable

Prélèvement primaire, PCR demandée

Nm

Hi

Si réalisée par l'hôpital le résultat :

Cadre réservé au CNR