

SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES Centre National de Référence <i>Vibrio cholerae</i> et <i>Vibrio parahaemolyticus</i>	Code du labo
---	--------------

Formulaire à envoyer avec l'échantillon à : Rosalie SACHELI (Prof. P. De Mol et P. Melin)
Service de Microbiologie Clinique, CHU de Liège - Sart-Tilman, B-23 – 4000 Liège
Tél. : 04/284.36.67 / Fax : 04/366.24.40 / E-mail : R.sacheli@chu.ulg.ac.be

Examens demandés
<input type="checkbox"/> Confirmation / identification du genre et de l'espèce Si <i>V.cholerae</i> : <input checked="" type="checkbox"/> Détermination du sérotype et du sérotype <input checked="" type="checkbox"/> Recherche de la toxine cholérique <i>CtxA</i> par PCR <input checked="" type="checkbox"/> Recherche du gène <i>TcpA</i> (gène de virulence) par PCR <input type="checkbox"/> Confirmation de la sensibilité à un antibiotique particulier, préciser : <input type="checkbox"/> Autre, préciser :
Si <i>V.parahaemolyticus</i> : <input checked="" type="checkbox"/> Recherche des hémolysines par PCR

<p style="text-align: center;">Identification / cachet du laboratoire</p> Nom du responsable : Nom du laboratoire : Service : Adresse : Code postal : Localité : Tél. : Fax : Email :	<p style="text-align: center;">Cadre réservé au laboratoire de référence</p> N° de référence : VIB / Réception le : <hr/> <p style="text-align: center;">Coordonnées de l'inspection d'hygiène concernée</p>
---	--

<p style="text-align: center;">Renseignements concernant le patient</p> Nom (initiales/autre code) : Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> inconnu Date de naissance : Code postal/Localité : Profession : Nationalité : Hospitalisation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Séjour aux soins intensifs	<p style="text-align: center;">Renseignements concernant la souche</p> Votre numéro de référence : Votre identification présumée : Origine de la souche : <input type="checkbox"/> selles <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> autre, préciser Date du prélèvement :
---	---

<p style="text-align: center;">Données cliniques</p> Pathologie : <input type="checkbox"/> bactériémie <input type="checkbox"/> gastro-entérite <input type="checkbox"/> infection peau/tissus mous <input type="checkbox"/> otite <input type="checkbox"/> autre, Date de début des symptômes : Si diarrhée : <input type="checkbox"/> aqueuse <input type="checkbox"/> sanglante <input type="checkbox"/> aiguë <input type="checkbox"/> persistante Si déshydratation : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> sévère Autres symptômes : <input type="checkbox"/> vomissements <input type="checkbox"/> fièvre <input type="checkbox"/> douleurs abdominales <input type="checkbox"/> autre : Evolution : <input type="checkbox"/> guérison <input type="checkbox"/> encore malade <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> inconnu Facteurs de risque : <input type="checkbox"/> hépatopathie <input type="checkbox"/> cancer <input type="checkbox"/> alcoolisme <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> immunodépression <input type="checkbox"/> corticoïdes <input type="checkbox"/> antiacides <input type="checkbox"/> antécédent de chirurgie gastrique <input type="checkbox"/> autre,	<p style="text-align: center;">Renseignements épidémiologiques</p> Notion de cas groupés ? <input type="checkbox"/> cas isolé <input type="checkbox"/> suspicion de cas groupés <input type="checkbox"/> inconnu Pays de survenue des symptômes : Origine possible de la contamination ? Dans les 7 jours précédant le premier symptôme : - Séjour à l'étranger <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez le pays - Contact avec de l'eau potentiellement contaminée <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez - Manipulation de produits de la mer <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui - Consommation de produits de la mer <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez <hr/> Coordonnées du clinicien à éventuellement contacter (nom, tel.) :
---	--

Autres commentaires, vos résultats, ... :
--