

SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES Centre National de Référence <i>Streptococcus agalactiae</i>	Code du labo
--	--------------

Formulaire à envoyer avec l'échantillon à : Pr. P. MELIN
Service de Microbiologie Clinique, CHU de Liège - Sart-Tilman, B-23 – 4000 Liège
 Tél. : 04/284.36.67 (ou 04/366.24.39) / Fax : 04/366.24.40 / E-mail : Pierrette.melin@chu.ulg.ac.be

EXAMENS DEMANDES, cocher une des cases suivantes

Demande de **confirmation d'identification**

Demande de **typage** capsulaire

Demande de **confirmation de la CMI à la pénicilline**

Autre demande, à préciser

<p style="text-align: center;">Identification / cachet du laboratoire</p> <p>Nom du responsable :</p> <p>Nom du laboratoire :</p> <p>Service :</p> <p>Adresse :</p> <p>Code postal :</p> <p>Localité :</p> <p>Tél. : Fax :</p> <p>Email :</p>	<p style="text-align: center;">Cadre réservé au laboratoire de référence</p> <p>N° de référence : GBS /</p> <p>Réception le :</p> <p>Souche :</p> <p><input type="checkbox"/> n'a pas poussé</p> <p><input type="checkbox"/> identifiée <i>S.agalactiae</i></p> <p><input type="checkbox"/> sérotype capsulaire :</p> <p>Remarque :</p>
--	--

<p style="text-align: center;">Renseignements concernant le patient</p> <p>Nom (initiales/autre code) :</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Grossesse : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Code postal/Localité :</p> <p>Nationalité :</p> <p>Evolution : <input type="checkbox"/> guérison <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> inconnu</p>	<p style="text-align: center;">Données cliniques (OBLIGATOIRE)</p> <p>Nature de l'affection :</p> <p><input type="checkbox"/> méningite <input type="checkbox"/> endocardite</p> <p><input type="checkbox"/> bactériémie <input type="checkbox"/> inconnue</p> <p><input type="checkbox"/> infection peau & tissus mous</p> <p><input type="checkbox"/> infection ostéo-articulaire</p> <p><input type="checkbox"/> autre :</p> <p>Facteurs associés :</p> <p><input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> cirrhose</p> <p><input type="checkbox"/> immunodépression</p> <p><input type="checkbox"/> autre :</p>
--	---

<p style="text-align: center;">Renseignements concernant la souche</p> <p>Votre numéro de référence :</p> <p>Origine de la souche :</p> <p><input type="checkbox"/> L.C.R.</p> <p><input type="checkbox"/> sang</p> <p><input type="checkbox"/> urine</p> <p><input type="checkbox"/> liquide articulaire, à préciser</p> <p><input type="checkbox"/> autre :</p> <p><input type="checkbox"/> associée à un autre germe pathogène (à préciser) :</p> <p>.....</p> <p>Date du prélèvement :</p>	<p style="text-align: center;">Renseignements complémentaires si infection néonatale</p> <p>Enfant : âge au début de l'infection : jours ou semaines</p> <p>Mère : statut de colonisation/infection de la mère</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> prénatal</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> à l'accouchement</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">positif</td> <td style="text-align: center;">négatif inconnu</td> </tr> <tr> <td>vagin</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>vagino/rectum</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>urine</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>autre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>si positif, la souche maternelle est ou sera-t-elle envoyée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Médecins à contacter (si possible) :</p> <p>Pédiatre :</p> <p>Gynécologue :</p>		<input type="checkbox"/> prénatal	<input type="checkbox"/> à l'accouchement		positif	négatif inconnu	vagin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	vagino/rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> prénatal	<input type="checkbox"/> à l'accouchement																	
	positif	négatif inconnu																	
vagin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
vagino/rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	

Autres commentaires, vos résultats :