

<b>SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES</b> <b>Centre National de Référence <i>Streptococcus agalactiae</i></b>	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;"><b>Identification / cachet du laboratoire</b></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;"><b>Cadre réservé au laboratoire de référence</b></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;"><b>Renseignements concernant le patient</b></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;"><b>Données cliniques (OBLIGATOIRE)</b></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 &amp; 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;"><b>Renseignements concernant la souche</b></p> <p>Votre numéro de référence : .....</p> <p><b>Origine de la souche :</b></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;"><b>Renseignements complémentaires si infection néonatale</b></p> <p><b>Enfant :</b> âge au début de l'infection : ..... jours ou ..... semaines</p> <p><b>Mère :</b> 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><b>Médecins à contacter (si possible) :</b></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 :**