



CNRP

Cadre réservé au CNRP (ne pas remplir)

Date de réception : \_\_/\_\_/2025
Matériel reçu :
Réceptionné par :
Sérotype : \_\_\_

Réf Souche :

Boite :
N°Boite : \_\_ Place : \_\_
Date de réponse : \_\_/\_\_/2025
Saisie [ ] Courrier [ ]

Souche envoyée dans le cadre d'un protocole : [ ] NON [ ] OUI

- [ ] SIIPA\* Surveillance Infections Invasives à Pneumocoque Adulte
[ ] Observatoire GPIP-ACTIV des Infections Invasives Pédiatriques
Autre (précisez) :

A partir d'une culture riche de moins de 18h,
ensemencer une gélose Columbia au sang
sans l'incuber.
Expédier sous emballage conforme avec
la législation.

\* Merci de renseigner obligatoirement le N° d'inclusion :

OBJET DE LA DEMANDE

- [ ] Sérotypage [ ] Vérification d'une antibio-résistance : (précisez)
[ ] Vérification de l'identification [ ] Autre (précisez) :

LABORATOIRE EXPEDITEUR (ADRESSE / EMAIL COMPLETS POUR L'ENVOI DES RESULTATS)

Date de l'envoi : \_\_/\_\_/2025 Biologiste responsable :
Adresse :
Ville :
Code postal : E-mail :

PATIENT

Nom (Initiales) :
Prénom (Initiales) :
Sexe : [ ] M [ ] F
Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_/\_\_/

SERVICE :

TERRAIN

- [ ] Drépanocytose [ ] Brèche ostéo-méningée
[ ] Splénectomie [ ] Myélome

VACCINATION : [ ] OUI [ ] NON [ ] ?

[ ] Vaccin conjugué (PCV)

Date et vaccin utilisé :

- 1ère dose : \_\_/\_\_/ [ ] PCV7 [ ] PCV13 [ ] PCV15 [ ] PCV20
- 2ème dose : \_\_/\_\_/ [ ] PCV7 [ ] PCV13 [ ] PCV15 [ ] PCV20
- 3ème dose : \_\_/\_\_/ [ ] PCV7 [ ] PCV13 [ ] PCV15 [ ] PCV20
- Rappel : \_\_/\_\_/ [ ] PCV7 [ ] PCV13 [ ] PCV15 [ ] PCV20
[ ] Polyosidique 23 valences - Date dernière dose : \_\_/\_\_/

DIAGNOSTIC

- [ ] Méningite
[ ] Pneumonie
[ ] Pleuro-Pneumonie
[ ] Arthrite
[ ] Otite moyenne aiguë
[ ] Sinusite
[ ] Syndrome Hémolytique et Urémique
[ ] Autre (précisez) :

[ ] CAS GROUPÉS

PRÉLÈVEMENT

VOTRE RÉFÉRENCE (indispensable) :

NATURE DE L'ÉCHANTILLON

- [ ] LCS
[ ] Hémoculture
[ ] Liquide pleural
[ ] Prélèvement distal protégé / LBA
[ ] Asp. bronchique
[ ] Expectoration
[ ] Liquide d'oreille moyenne
[ ] Sinus
[ ] Conjonctive
[ ] Rhino-pharynx (sur écouvillon)
[ ] Autre (précisez) :

DATE DU PRÉLÈVEMENT : \_\_/\_\_/2025

CMI de pénicilline = mg/L
CMI d'amoxicilline = mg/L
CMI de céfotaxime = mg/L
CMI de céftriaxone = mg/L

Cette souche présente-t-elle une particularité ?

- [ ] NON
[ ] Difficulté d'identification
[ ] Résistance à un antibiotique
(précisez) :

Fiche clinique et bactériologique 2025

Dans tous les cas, joindre une copie de l'antibiogramme. Merci !

Dr Emmanuelle VARON - Centre National de Référence des Pneumocoques

Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, Bâtiment B - 4ème étage, 40 avenue de Verdun - 94000 Créteil

Tél : 01 57 02 28 66

Fax : 01 57 02 22 89