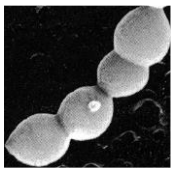

CNRP

CNR DES PNEUMOCOQUES
http://cnr-pneumo.com/

Fiche clinique et bactériologique 2026

Cadre réservé au CNRP (ne pas remplir)
Date de réception : _ _ / _ _ / 2026
Matériel reçu : .....
Traité par : .....
Sérotype : _ _ _

Réf Souche :
Boite : .....
N°Boite : _ _ **Place :** _ _
Date de réponse : _ _ / _ _/2026
Saisie ☐ Courrier ☐

Souche envoyée dans le cadre d'un protocole : ☐ non ☐ oui

☐ Observatoire **SIIPA** Infections Invasives à Pneumocoque Adulte
☐ Observatoire **GPIP-ACTIV** Infections Invasives Pédiatriques
Autre (précisez) : .....

Si oui, merci de renseigner obligatoirement le N° d'inclusion : .....

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.

OBJET DE LA DEMANDE

☐Sérotypage
☐Vérification de l'identification
☐Vérification de la sensibilité aux antibiotiques : (précisez).....
☐Autre (précisez) : .....

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

Date de l'envoi :_ _ / _ _/2026 Biologiste responsable : .....
Adresse : .....
.....
Code postal : _ _ _ _ _ Ville : .....

PATIENT

Nom (Initiales) **:** _ _ _
Prénom (Initiales) **:** _ _ _
Sexe : ☐ **M** ☐ **F**

Date de naissance (jj/mm/aaaa) **:** _ _ / _ _/_ _ _ _

DIAGNOSTIC
☐ Méningite
☐ Pneumonie
☐ Pleuro-Pneumonie
☐ Arthrite
☐ Otite moyenne aiguë
☐ Sinusite
☐ Syndrome Hémolytique et Urémique
☐ Autre
(précisez).....

SERVICE : .....

TERRAIN
☐ Drépanocytose ☐ Brèche ostéo-méningée
☐ Splénectomie ☐ Myélome

☐ **CAS GROUPÉS**

VACCINATION : ☐ **oui** ☐ **non** ☐ **?**
☐ Vaccin conjugué (PCV)
Date et vaccin utilisé :
- 1ère dose : _ _ / _ _/_ _ _ _ ☐ PCV7 ☐ PCV13 ☐ PCV15 ☐ PCV20 ☐ PCV21
- 2ème dose :_ _ / _ _/_ _ _ _ ☐ PCV7 ☐ PCV13 ☐ PCV15 ☐ PCV20 ☐ PCV21
- 3ème dose :_ _ / _ _/_ _ _ _ ☐ PCV7 ☐ PCV13 ☐ PCV15 ☐ PCV20 ☐ PCV21
- Rappel : _ _ / _ _/_ _ _ _ ☐ PCV7 ☐ PCV13 ☐ PCV15 ☐ PCV20 ☐ PCV21

☐ Polysaccharidique 23 valence

PRÉLÈVEMENT

VOTRE RÉFÉRENCE (indispensable) :.....

NATURE DE L'ÉCHANTILLON
☐ LCS
☐ Hémoculture
☐ Liquide pleural
☐ Prélèvement distal protégé
☐ Asp. bronchique
☐ Expectoration
☐ Liquide d'oreille moyenne
☐ Sinus
☐ Conjonctive
☐ Rhino-pharynx (sur écouvillon)
☐ Autre (précisez) :.....

DATE DU PRÉLÈVEMENT : _ _ / _ _ / **2026**

CMI de pénicilline = ... µg/ml
CMI d'amoxicilline = ... µg/ml
CMI de céfotaxime = ...µg/ml
CMI de ceftriaxone = ... µg/ml

Cette souche présente-t-elle **une particularité** ?
☐ non
☐ difficulté d'identification
☐ sensibilité aux antibiotiques
(précisez).....
.....

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

HÔPITAL INTERCOMMUNAL CRÉTEIL

HÔPITAUX CONFLUENCE VAL DE MARNE - ESSONNE