



CNRP

Cadre réservé au CNRP (ne pas remplir)

Date de réception : __/__/2018
Matériel reçu :
Réceptionné par :
Sérotype :

Réf Souche :

Boite :
N°Boite : __ Place : __
Date de réponse : / /2018

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

Si oui, lequel ORP Observatoires Régionaux du Pneumocoque
Observatoire SIIPA Infections Invasives à Pneumocoque Adulte
Observatoire GPIP-ACTIV Infections Invasives Pédiatriques
Autre (précisez) :

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

OBJET DE LA DEMANDE

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

LABORATOIRE EXPEDITEUR (Adresse complète pour l'envoi des résultats)

Date de l'envoi : __/__/2018 Biologiste responsable :
Adresse :
Code postal : Ville :

PATIENT

Nom (Initiales) :
Prénom (Initiales) :
Sexe : M F
Date de naissance (jj/mm/aaaa) : __/__/

SERVICE :
Hospitalisation Consultation

TERRAIN
Drépanocytose Brèche ostéo-méningée
Splénectomie Myélome

DIAGNOSTIC

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

VACCINATION : oui non ?
Conjugué 7-valent (PCV7) ou 13-valent (PCV13)
Date et vaccin utilisé :
- 1ère dose : PCV7 PCV13
- 2ème dose : PCV7 PCV13
- 3ème dose : PCV7 PCV13
- Rappel : PCV7 PCV13
Polysaccharidique 23 valences

CAS GROUPÉS

PRÉLÈVEMENT

VOTRE RÉFÉRENCE (indispensable) :

NATURE DE L'ÉCHANTILLON

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

DATE DU PRÉLÈVEMENT : __/__/2018

CMI de pénicilline = µg/ml
CMI d'amoxicilline = µg/ml
CMI de céfotaxime = µg/ml
CMI de céftriaxone = 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