



CNRP

Cadre réservé au CNRP (ne pas remplir)

Réf Souche :

Réceptionné par :

Date de réception : __/__/____

Sérotype :

Date de réponse : / /

Souche envoyée dans le cadre d'un **protocole** : non oui**Si oui, lequel :** Observatoires Régionaux du Pneumocoque Observatoire Méningites Pédiatriques Autre (précisez) :**Laboratoire expéditeur (Adresse complète pour l'envoi des résultats)**

Date de l'envoi : __/__/____

Responsable de l'envoi :

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 (préciser).....**SERVICE** : Hospitalisation Consultation**TERRAIN** HIV Drépanocytose Splénectomie**VACCINATION** : oui non ? Conjugué 7 valences Conjugué 13 valences

Date : - 1ère dose : __/__/____

- 2ème dose : __/__/____

- 3ème dose : __/__/____

- Rappel : __/__/____

 Polysaccharidique 23 valences **CAS GROUPÉS****Prélèvement****VOTRE RÉFÉRENCE (indispensable) :****SITE(S) D'ISOLEMENT** LCR Hémoculture Liquide pleural Prélèvement distal protégé, brosse Asp. bronchique Expectoration Oreille moyenne Sinus Conjonctive Rhino-pharynx (sur écouvillon) Autre (préciser) :**DATE DU PRÉLÈVEMENT :** __/__/____

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, SVP**Centre National de Référence des Pneumocoques**

Lab. de Microbiologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, 20 rue Leblanc, 75908 Paris Cedex 15

Tél : 01 56 09 39 67

Fax : 01 56 09 24 46