



CNRP

Cadre réservé au CNRP (ne pas remplir)

Réceptionné par :

Sérotype :

Réf Souche :

Date de réception : __/__/____

Date de réponse : __/__/____

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

Si oui, lequel : Observatoires Régionaux du Pneumocoque
 Observatoire Méningites Pédiatriques
 Observatoire Méningites Adultes (COMBAT)
 Observatoire 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.

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-valent (PCV7) ou 13-valent (PCV13)

Date et vaccin utilisé :

- 1^{ère} dose : __/__/____ PCV7 PCV13- 2^{ème} dose : __/__/____ PCV7 PCV13- 3^{ème} dose : __/__/____ PCV7 PCV13- Rappel : __/__/____ PCV7 PCV13 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