

Centre national de référence des Méningocoques et d'Haemophilus influenzae

INSTITUT PASTEUR

Unité des Infections Bactériennes Invasives

28 rue du Docteur Roux - 75724 PARIS cedex 15

Tél. : 01 40 61 31 08 (secrétariat) - 01 45 68 84 38 (responsable) Fax: 01 40 61 30 34

Site web: <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/meningocoques>

Cadre réservé au CNR

N°Enregistrement :
.....
.....

SVP, indiquez dans ce cadre votre adresse complète

Correspondant à contacter :

Téléphone :

Fax:

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom : Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

Date de prélèvement : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

SIGNES CLINIQUES:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Méningite | <input type="checkbox"/> Épiglottite |
| <input type="checkbox"/> Purpura | <input type="checkbox"/> Otite |
| <input type="checkbox"/> <i>Purpura fulminans</i> | <input type="checkbox"/> Pharyngite |
| <input type="checkbox"/> Bactériémie | <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales |
| <input type="checkbox"/> Péricardite | <input type="checkbox"/> Conjonctivite |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | |

Autres,(à préciser SVP):

Evolution: Guérison Séquelle Décès

Origine géographique de la contamination / code postal de résidence:

Antibiothérapie précoce: non oui

Si oui: Antibiotique..... Depuis.....

Corticothérapie: non oui

Si oui: Type Depuis.....

DONNÉES BIOLOGIQUES

CRP:

PCT:

NFS:

Glycémie:

LCS

N° éléments:

%PNN:

Glycorachie:

Protéïnorachie:

Déficit immunitaire:

VACCINATION ANTI-MENINGOCOCCIQUE

Non Oui

Si oui : Type (nom) de vaccin/dose :

Date de la vaccination :

VACCINATION ANTI-HAEMOPHILUS INFLUNZAE b

Non Oui

Si oui : Type (nom) de vaccin :

Date de la vaccination :

INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON

Site de prélèvement ou d'isolement des souches :

LCR Sang Liquide articulaire Autres liquides, (à préciser SVP) Autres sites (à préciser SVP).....

Souche isolée

Neisseria meningitidis

Non Réalisé A B C Y W Autre

Haemophilus influenzae

Autre, à préciser.

Prélèvement primaire pour PCR

Nm Hi Si PCR réalisée par l'hôpital merci de préciser le résultat SVP:

Cadre réservé au CNR