

PATIENT	
Nom: (ou étiquette)	
Prénom :	
Date de Naissance :	Sexe :
PRÉLÈVEMENT(s)	
Votre référence :	
Date du prélèvement :	
Nature/Site du prélèvement :	
LABORATOIRE EXPEDITEUR	
Nom :	
Adresse complète :	
Nom du biologiste :	_____
Téléphone :	
Mail :	
PRESCRIPTEUR (si autre que laboratoire expéditeur)	
Nom :	
Adresse complète :	
Téléphone :	
Mail :	

DEMANDE D'ANALYSE :		
Joindre antibiogramme et ensemble des tests effectués		
- Recherche de toxines	OUI	NON
- Recherche de lien de clonalité	OUI	NON
- Identification	OUI	NON
- Résistance aux antibiotiques :		
* Détection du gène <i>mecA</i> (<i>S. aureus</i> et <i>S. non aureus</i>)	OUI	NON
* Détection du gène <i>mecC</i> (<i>S. aureus</i>)	OUI	NON
* Détection de sensibilité diminuée aux glycopeptides	OUI	NON
* Détection de gènes de résistance aux macrolides	OUI	NON
* Autres gènes de résistance (préciser) :		
RENSEIGNEMENTS (entourer la bonne réponse)		
<input type="checkbox"/> Infection nosocomiale <input type="checkbox"/> Infection Communautaire		
<input type="checkbox"/> Contact avec des animaux d'élevage si oui lequel ?		
<input type="checkbox"/> Contexte Epidémique (joindre courrier)	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Choc infectieux (voir au dos)	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Syndromes toxiques cutanés		
- Eruption bulleuse généralisée	OUI	NON
- Impétigo bulleux localisé	OUI	NON
- Scarlatine	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Maladies associées aux superantigènes		
- Maladie de Kawasaki	OUI	NON
		.../....

Centre National de Référence des Staphylocoques



Hospices Civils de Lyon
 CENTRE DE BIOLOGIE NORD
 Institut des Agents Infectieux
 Bâtiment O
 103 Grande Rue de la Croix Rousse
 69317 LYON Cedex 04
 Téléphone Standard IAI : (33) 04 72 07 11 11
 Télécopie : (33) 04 72 07 18 42

Directeur : Professeur François Vandenesch

**Co-directeurs : Professeur Frédéric Laurent
 Docteur Anne Tristan**

Infections nécrosantes

- FURONCULOSE	OUI	NON
Récidivante	OUI	NON
- PNEUMONIE NECROSANTE	OUI	NON
Leucopénie	OUI	NON
Hémoptysies	OUI	NON

Autre type d'infection, préciser :

Choc toxique staphylococcique, préciser les critères diagnostics :

HYPOTENSION systolique		
< à 90 mm Hg pour les adultes	OUI	NON
Hypotension orthostatique	OUI	NON
FIEVRE supérieure ou égale à 38,9°C	OUI	NON
RASH diffus maculo-érythrodermique,	OUI	NON
Suivi de DESQUAMATION	OUI	NON
<u>ASSOCIÉS À DES MANIFESTATIONS :</u>		
DIGESTIVES		
Vomissements	OUI	NON
Diarrhée	OUI	NON
MUSCULAIRES		
Myalgies	OUI	NON
Augmentation des CPK*	OUI	NON
HYPERHÉMIE DES MUQUEUSES		
Vaginale	OUI	NON
Oropharyngée	OUI	NON
Conjonctivale	OUI	NON
RÉNALES		
Hyperurémie*ou hypercréatinémie*	OUI	NON
Leucocyturie sans infection urinaire	OUI	NON
HÉPATIQUE , augmentation des transaminases*	OUI	NON
HÉMATOLOGIQUE , thrombopénie < 100 000/mm ³	OUI	NON
NEUROLOGIQUES ,		
Désorientation	OUI	NON
Altération de la conscience	OUI	NON
(* ≥ deux fois la limite supérieure)		
NOTION D'ÉPISODES ITÉRATIFS	OUI	NON
UTILISATION DE TAMPON PERIODIQUE	OUI	NON
Préciser le modèle :		
UTILISATION DE COUPELLE MENSTRUELLE	OUI	NON
Préciser le modèle :		

Valable jusqu'en décembre 2017