

## CNR DE LA PESTE ET AUTRES YERSINIOSES

### IDENTIFICATION DES YERSINIA

#### Souches d'origine humaine

Cette fiche remplie doit obligatoirement accompagner la souche à identifier.  
Si certains renseignements ne sont pas disponibles, veuillez rayer la mention concernée.

NOM DU LABORATOIRE : .....

NOM DU CORRESPONDANT : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Pays:.....

N° de la souche expédiée : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date d'isolement : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

J J M M A A

Origine du prélèvement :

- Selles
- Sang
- Ganglions
- Autres.....

### CARACTERISTIQUES DU PATIENT

NOM / PRENOM : .....

SEXE : M   
F

AGE : |\_|\_| ans

Si moins de 1 an : |\_|\_| mois

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

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

J J M M A A A A

(Lieu de résidence)

### TABLEAU CLINIQUE

#### SYMPTOMES :

- OUI <input type="checkbox"/> lesquels :	OUI	NON	Précisions supplémentaires :
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Arthralgies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Signes cutanés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Septicémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Autres .....			.....

- NON  raison de la demande : .....

Intervention chirurgicale consécutive à l'épisode actuel :

OUI          NON          Si oui, préciser .....

**ATTENTION : cette fiche comporte deux pages**

**Voir suite page suivante**

Questionnaire à retourner au :

**CNR Yersinia**

Institut Pasteur, 28 rue du Dr. Roux – 75724 Paris cedex 15

Téléphone : 01-45-68-83-27 / Fax : 01-45-68-89-54

SUITE : IDENTIFICATION DES YERSINIA : fiche devant accompagner les souches d'origine humaine

- Evolution :**
- non prévisible pour l'instant
  - guérison
  - persistance des signes cliniques
  - décès

- Terrain :**
- |                          | OUI                      | NON                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Diabète .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cirrhose .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cancer .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - VIH .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Thalassémie .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hémochromatose .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - HLAB27 .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Maladie de Crohn ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Autres : .....         |                          |                          |

**Autres germes isolés simultanément :** OUI  NON

Si oui, lesquels : 1 .....

2 .....

3 .....

**Traitement :** OUI  NON

Si oui, lequel : .....

voie d'administration : .....

- S'AGIT-IL :**
- D'UN CAS ISOLE
  - PLUSIEURS CAS ASSOCIES  
(à préciser :) .....
  - PAS D'INFORMATION

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**

.....

.....

.....

.....

*Les Centres Nationaux de Référence exercent des missions de Santé publique (rôle de sentinelle, épidémiologie, etc.) grâce au matériel biologique transmis et aux renseignements les accompagnant. Ces activités sont assumées à titre gracieux sous réserve du respect des modalités d'expédition des souches et de la fourniture des renseignements se référant à ces produits biologiques. Chaque directeur de Centre National de Référence est le seul juge de la finalité des actes qu'il effectue et de leur gratuité.*

Le Centre National de Référence de la peste et autres Yersinioses informatisé et n'ayant pas de contact direct avec les patients qui s'adressent à votre laboratoire, nous vous remercions d'informer ceux-ci de leur droit d'accès et de rectification des informations les concernant (Loi N°78-17 du 06 janvier 1978).

Questionnaire à retourner au :

**CNR Yersinia**  
**Institut Pasteur, 28 rue du Dr. Roux – 75724 Paris cedex 15**  
**Téléphone : 01-45-68-83-27 / Fax : 01-45-68-89-54**