

CNR ASSOCIE *ESCHERICHIA COLI*

Responsable *E. coli* producteur de Shigatoxines : Dr Patricia Mariani-Kurkdjian
Responsable *E. coli* Infections materno-foetales et méningites : Pr Stéphane Bonacorsi

Hôpital Robert Debré, 48 Boulevard Sérurier, 75019 Paris

Service de Microbiologie, Tél. : (33) 1 40 03 23 40, Fax : (33) 1 40 03 24 50

Adresse mail : e.coli@aphp.fr

Site internet : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr>

Fiche de renseignements pour la recherche de : *E. coli* entérohémorragique (EHEC/STEC)

Adresse complète du laboratoire expéditeur
(cadre utilisé pour l'envoi des résultats)

Biologiste expéditeur

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom : _____

Tel : _____

Fax : _____

e-mail : _____

Date d'envoi : __ / __ / ____

Médecin prescripteur :

Nom : _____

Service : _____

Tél obligatoire : _____

IMPORTANT : La recherche de EHEC/STEC est indiquée en cas de syndrome hémolytique et urémique ou de diarrhée sanglante. En dehors de ces contextes un accord préalable avec le CNR est indispensable.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (Etiquette identité si possible)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____ ou Age :

Sexe : M / F

Département d'origine :

Hôpital (si différent du laboratoire) :

Renseignements cliniques **INDISPENSABLES** (Examen non réalisé en leur absence)

Statut : Malade Contact

Diarrhée Diarrhée Glairo-Sanglante ou sanglante

Date de début __ / __ / ____

SHU Date de début __ / __ / ____

Traitement antibiotique Date de début __ / __ / ____

Si oui lequel :

Renseignements épidémiologiques si connus

Cas isolé

Cas groupés Nombre de cas :

- Famille

- Ecole Crèche

- Autre

Aliment suspecté :

Contact avec des animaux :

Diarrhée dans l'entourage :

Voyage récent :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ECHANTILLON

→ Selles (votre référence) n°

Date du prélèvement : __ / __ / ____

→ Écouvillon rectal (votre réf.) n°

Date du prélèvement : __ / __ / ____

→ Primoculture de la selle sur gélose pour
Entérobactéries (votre réf.) n°

Date du prélèvement : __ / __ / ____

→ SOUCHE (votre référence) n°

Isolée de : selles écouvillon rectal

Autre site (précisez) :

Date du prélèvement : __ / __ / ____

Commentaires :

→ ADN (votre référence) n°

Type de prélèvement :

Date du prélèvement : __ / __ / ____

Conditions de transport

- selles
- écouvillon rectal } Acheminement rapide à + 4°C
- ADN }
- Primoculture de selles } Acheminement à
- souche : tube de conservation } température
ambiante