

<b>SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES</b> <b>Centre National de Référence <i>Vibrio cholerae</i> et <i>Vibrio parahaemolyticus</i></b>	Code du labo
---	--------------

**Formulaire à envoyer avec l'échantillon à : Rosalie SACHELI (Prof. MP.Hayette /Prof. P.Melin)**  
**Service de Microbiologie Clinique, CHU de Liège - Sart-Tilman, B-23 – 4000 Liège**  
Tél. : 04/284.36.67 / Fax : 04/366.24.40 / E-mail : R.sachel@chu.ulg.ac.be

<b>Examens demandés</b>
<input type="checkbox"/> Confirmation / identification du genre et de l'espèce <b>Si <i>V.cholerae</i> :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Détermination du sérotype et du sérotype <input checked="" type="checkbox"/> Recherche de la toxine cholérique <i>CtxA</i> par PCR <input checked="" type="checkbox"/> Recherche du gène <i>TcpA</i> (gène de virulence) par PCR <input type="checkbox"/> Confirmation de la sensibilité à un antibiotique particulier, préciser : ..... <input type="checkbox"/> Autre, préciser : .....
<b>Si <i>V.parahaemolyticus</i> :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Recherche des hémolysines par PCR

<b>Identification / cachet du laboratoire</b> Nom du responsable : ..... Nom du laboratoire : ..... Service : ..... Adresse : ..... Code postal : ..... Localité : ..... Tél. : ..... Fax : ..... Email : .....	<b>Cadre réservé au laboratoire de référence</b> N° de référence : VIB / ..... Réception le : .....  <b>Coordonnées de l'inspection d'hygiène concernée</b>
---	---

<b>Renseignements concernant le patient</b> Nom (initiales/autre code) : ..... Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> inconnu Date de naissance: ..... Code postal/Localité : ..... Profession : ..... Nationalité : ..... <b>Hospitalisation</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Séjour aux soins intensifs	<b>Renseignements concernant la souche</b> Votre numéro de référence : ..... Votre identification présumée : ..... <b>Origine de la souche :</b> <input type="checkbox"/> selles <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> autre, préciser ..... Date du prélèvement : .....
--	---

<b>Données cliniques</b> <b>Pathologie</b> (plusieurs possibles en même temps) <input type="checkbox"/> bactériémie <input type="checkbox"/> gastro-entérite <input type="checkbox"/> infection peau/tissus mous <input type="checkbox"/> otite <input type="checkbox"/> autre, ..... <b>Date de début des symptômes :</b> ..... <b>Si diarrhée :</b> <input type="checkbox"/> aqueuse <input type="checkbox"/> sanglante <input type="checkbox"/> aigüe <input type="checkbox"/> persistante <b>Si déshydratation :</b> <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> sévère <b>Autres symptômes :</b> <input type="checkbox"/> vomissements <input type="checkbox"/> fièvre <input type="checkbox"/> douleurs abdominales <input type="checkbox"/> autre : ..... <b>Evolution :</b> <input type="checkbox"/> guérison <input type="checkbox"/> encore malade <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> inconnu <b>Facteurs de risque :</b> <input type="checkbox"/> hépatopathie <input type="checkbox"/> cancer <input type="checkbox"/> alcoolisme <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> immunodépression <input type="checkbox"/> corticoïdes <input type="checkbox"/> antiacides <input type="checkbox"/> antécédent de chirurgie gastrique <input type="checkbox"/> autre, .....	<b>Renseignements épidémiologiques</b> <b>Notion de cas groupés ?</b> <input type="checkbox"/> cas isolé <input type="checkbox"/> suspicion de cas groupés <input type="checkbox"/> inconnu <b>Pays de survenue</b> des symptômes : ..... <b>Origine possible de la contamination ?</b> Dans les 7 jours précédant le premier symptôme : - <b>Séjour à l'étranger</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez le pays ..... - <b>Contact avec de l'eau</b> potentiellement contaminée (baignade, sports nautiques, pêche, autre) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez : mer / rivière / lac / piscine - <b>Manipulation de produits de la mer</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui - <b>Consommation de produits de la mer</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez .....  <b>Coordonnées du clinicien à éventuellement contacter (nom, tel.) :</b> ..... .....
---	---

<b>Autres commentaires, vos résultats, ... :</b>
--

