

SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES Centre National de Référence <i>Streptococcus agalactiae</i>	Code du labo
--	--------------

Formulaire à envoyer avec l'échantillon à : Pr. P. MELIN
Service de Microbiologie Clinique, CHU de Liège - Sart-Tilman, B-23 – 4000 Liège
 Tél. : 04/284.36.67 (ou 04/323.22.90) / Fax : 04/366.24.40 / E-mail : Pierrette.Melin@uliege.be

EXAMENS DEMANDES, cocher une des cases suivantes

Demande de **confirmation d'identification**
 Demande de **typage capsulaire**
 Demande de **confirmation de la CMI à la pénicilline**
 Autre demande, à préciser

<p style="text-align: center;">Identification / cachet du laboratoire</p> <p>Nom du responsable : Nom du laboratoire : Service : Adresse : Code postal : Localité : Tél. : Fax : Email :</p>	<p style="text-align: center;">Cadre réservé au laboratoire de référence</p> <p>N° de référence : GBS / Réception le : Souche : <input type="checkbox"/> n'a pas poussé <input type="checkbox"/> identifiée <i>S.agalactiae</i> <input type="checkbox"/> sérotype capsulaire : Remarque :</p>
--	--

<p style="text-align: center;">Renseignements concernant le patient</p> <p>Nom (initiales/autre code) : Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> inconnu Date de naissance : Grossesse : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu Code postal/Localité : Nationalité :</p> <p>Evolution : <input type="checkbox"/> guérison <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> inconnu</p>	<p style="text-align: center;">Données cliniques</p> <p>Nature de l'affection : <input type="checkbox"/> méningite <input type="checkbox"/> endocardite <input type="checkbox"/> bactériémie <input type="checkbox"/> inconnue <input type="checkbox"/> infection peau & tissus mous <input type="checkbox"/> infection ostéo-articulaire <input type="checkbox"/> autre :</p> <p>Facteurs associés : <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> cirrhose <input type="checkbox"/> immunodépression <input type="checkbox"/> autre :</p>
--	---

<p style="text-align: center;">Renseignements concernant la souche</p> <p>Votre numéro de référence :</p> <p>Origine de la souche :</p> <p><input type="checkbox"/> L.C.R. <input type="checkbox"/> sang <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> liquide articulaire, à préciser <input type="checkbox"/> autre :</p> <p><input type="checkbox"/> associée à un autre germe pathogène (à préciser) : </p> <p>Date du prélèvement (pas de l'isolement !) : </p>	<p style="text-align: center;">Renseignements complémentaires si infection néonatale</p> <p>Enfant : âge au début de l'infection : jours ou semaines</p> <p>Mère : statut de colonisation/infection de la mère <input type="checkbox"/> prénatal <input type="checkbox"/> à l'accouchement</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">positif</td> <td style="text-align: center;">négatif</td> <td style="text-align: center;">inconnu</td> </tr> <tr> <td>vagin</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>vagino/rectum</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>urine</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>autre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>si positif, la souche maternelle est ou sera-t-elle envoyée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Médecins à contacter (si possible) : Pédiatre : Gynécologue :</p>		positif	négatif	inconnu	vagin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vagino/rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	positif	négatif	inconnu																		
vagin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
vagino/rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

Autres commentaires, vos résultats :

