

## CNR DE LA PESTE ET AUTRES YERSINIOSES

IDENTIFICATION DES YERSINIA																																											
Souches d'origine humaine																																											
<p>Cette fiche remplie doit obligatoirement accompagner la souche à identifier. Si certains renseignements ne sont pas disponibles, veuillez rayer la mention concernée.</p>																																											
<p><b>NOM DU LABORATOIRE :</b> .....</p> <p><b>NOM DU CORRESPONDANT :</b> .....</p> <p><b>Adresse :</b> .....</p> <p><b>Ville :</b> ..... <b>Code postal :</b>  _ _ _ _ _ _ </p> <p><b>Pays :</b> .....</p>																																											
<p><b>N° de la souche expédiée :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _       <b>Date d'isolement :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center; margin-left: 150px;">J   J   M   M   A   A</p> <p><b>Origine du prélèvement :</b>      <input type="checkbox"/> Selles                      <input type="checkbox"/> Ganglions</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Sang                              <input type="checkbox"/> Autres : .....</p>																																											
CARACTERISTIQUES DU PATIENT																																											
<p><b>NOM / PRENOM :</b> .....</p> <p><b>SEXE :</b>      <input type="checkbox"/> M                      <b>AGE :</b>                       _ _  ans</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> F                      <b>Si moins de 1 an :</b>       _ _  mois</p> <p><b>Date de naissance :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _                       <b>Code postal :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center; margin-left: 100px;">J   J   M   M   A   A</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"><b>(Lieu de résidence):</b></p>																																											
TABLEAU CLINIQUE																																											
<p><b>SYMPTOMES :</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;"><i>OUI</i></th> <th style="width: 10%; text-align: center;"><i>NON</i></th> <th style="width: 20%; text-align: left;"><i>Précisions supplémentaires :</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>OUI</b> lesquels :</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Diarrhée</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Fièvre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Douleurs abdominales</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Vomissements</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Arthralgies</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Signes cutanés</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Septicémie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Autres : .....</td> <td></td> <td></td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> <b>NON</b> raison de la demande : .....</p> <p><b>Intervention chirurgicale consécutive à l'épisode actuel :</b></p> <p>OUI      NON      Si oui, préciser .....</p>					<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Précisions supplémentaires :</i>	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> lesquels :				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 : .....			.....
	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Précisions supplémentaires :</i>																																								
<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> lesquels :																																											
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 : .....			.....																																								

**Questionnaire à retourner à :**

*voir suite page suivante*

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



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

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

**Terrain :**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
- 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**  
 **DE PLUSIEURS CAS ASSOCIES**  
 (à préciser : ) .....  
 **PAS D'INFORMATION**

**EXAMENS DE LABORATOIRE**

**Techniques de recherche de *Yersinia* dans les selles :**  
**PCR de screening :**  OUI  NON  
 Si oui, quel réactif : .....  
 résultat : .....

**Coproculture systématique :**  OUI  NON

*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 seul juge de la finalité des actes qu'il effectue et de leur gratuité.*

Le Centre National de Référence de la peste et autres yersiniose est informatisé. Cependant, 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 à :**

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