

# Formulaire d'envoi de souche de Streptocoques A/C/G

Laboratoire de Bactériologie  
Pôle de Biologie, Bât Jean DAUSSET  
GH COCHIN-HÔTEL DIEU-BROCA  
Hôpitaux Universitaires Paris Centre  
27 rue du Fbg St Jacques  
75679 Paris cedex 14, FRANCE

Responsable : Pr Claire POYART  
Tél. 01 58 41 15 61 (Secrétariat)  
01 58 41 15 60 / 15 44  
Fax 01 58 41 15 48  
Courriel: cnr-strep@cch.aphp.fr

Cadre réservé au CNR-Strep

Date de réception : ...../...../.....

## EXPÉDITEUR

Nom du biologiste :

Service ou laboratoire et adresse :

Tél.

Courriel :

## COORDONNÉES DU MALADE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : .....

Lieu de résidence (code postal) : .....

Hospitalisation:  oui  non

Nom de l'hôpital, clinique, EHPAD ou autre établissement de soins (si différent de celui de l'expéditeur)

Service :

## INFORMATIONS SOUCHE ET ÉCHANTILLONS

Type de prélèvement Date Votre référence

Sang : hémoculture ...../...../..... .....

Autres, préciser les sites ...../...../..... .....

Identification à préciser:

**S. pyogenes**  **S. dysgalactiae**  **Autre**

Envoi de soucheensemencée richement en profondeur en milieu de conservation en tube, à partir d'une culture de 18 h sur gélose. Expédition en conformité avec la législation.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES & ÉPIDÉMIOLOGIQUES

■ **INFECTION** :  oui  non

■ **SYNDROME DE CHOC** :  oui  non

■ **BACTÉRIÉMIE SANS FOYER IDENTIFIÉ**

■ **FOYER IDENTIFIÉ** , préciser le type de lésion et sa localisation : .....

• **CUTANÉ** :  Dermohypodermite nécrosante  Erysipèle  Autre lésion cutanée : .....

• **GYNÉCO-OBSTÉTRICAL** :  Endométrite  Autre infection gynéco-obstétricale : .....

Post-partum :  oui  non, si oui: Accouchement : ... / ... / ... césarienne :  oui  non ; épisiotomie :  oui  non

Nouveau-né : Nom et Prénom .....

infecté :  oui  non ; colonisé :  oui  non ; traité :  oui  non

• **PULMONAIRE** :  Pneumopathie  Pleurésie

• **ORL** :  Angine  Scarlatine

• **OSTÉOARTICULAIRE** :  Arthrite septique  Ostéomyélite

• **INTRA-ABDOMINAL** :  Péritonite

• **NEUROLOGIQUE** :  Méningite

• **AUTRE INFECTION** , préciser .....

► **ÉVOLUTION** : Décès:  oui préciser la date ... / ... / ...  non

■ **PORTAGE** :  oui préciser le site.....

## CAS GROUPES OU ÉPIDÉMIE oui non, si oui envoyer une fiche par cas et préciser

■ Cas familiaux :  oui  non

■ Suspicion d'infection liée aux soins  oui  non, si oui préciser le type des soins et la date

- Infection post-chirurgicale  oui  non, si oui préciser

- Autre geste invasif  oui  non, si oui préciser