

# Formulaire d'envoi de souche de Streptocoques B

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 de l'expéditeur :

Tél.

Courriel :

Service ou laboratoire et adresse :

## COORDONNÉES DU PATIENT

Nom : .....Prénom : .....

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

Sexe : .....

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

Hospitalisation: OUI  NON

Nom de l'hôpital (si différent de celui de l'expéditeur)

Service :

## INFORMATIONS SOUCHES & ÉCHANTILLONS

Isolat du sang (hémoculture)

Votre référence:

Date d'isolement : ...../...../.....

Isolat du liquide céphalorachidien (LCR)

Votre référence

Date d'isolement : ...../...../.....

Isolat à partir d'un autre site, à préciser :

Votre référence:

Date d'isolement : ...../...../.....

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 NEONATALE :

#### NOUVEAU-NÉ :

Date du début de l'infection : .../.../...

Syndrome précoce <7 J  Syndrome tardif ≥7 J

Bactériémie  Méningite  Absès cérébral

Pneumopathie  Pleurésie

Arthrite septique  Ostéomyélite

#### MÈRE :

Portage vaginal  Bactériémie  Infection urinaire  Allaitement

ÉVOLUTION NNÉ : Décès :  oui préciser la date .../.../...  non

### AUTRES INFECTIONS INVASIVES DE L'ENFANT OU DE L'ADULTE :

Bactériémie  Endocardite  Méningite  Absès cérébral

Arthrite septique  Ostéomyélite  Autre localisation préciser.....

Evolution : Décès :  oui préciser la date .../.../...

## OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES