

# CNR ASSOCIE *ESCHERICHIA COLI*

Responsable *E. coli* producteur de Shigatoxines : Pr Patricia Mariani-Kurkdjian  
Responsable *E. coli* Infections materno-foetales et méningites : Pr Stéphane Bonacorsi  
Hôpital Robert Debré, Service de Microbiologie, 48 Boulevard Sérurier, 75019 Paris  
Tél. : (33) 1 40 03 23 40, Fax : (33) 1 40 03 24 50

Adresse mail : [e.coli@aphp.fr](mailto:e.coli@aphp.fr) Site internet : <http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr>

## Fiche de renseignements pour la recherche de : *E. coli* entérohémorragique (EHEC/STEC)

### Biologiste expéditeur

#### A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom : .....  
Tél. : .....  
Fax : .....  
e-mail : .....  
Date d'envoi : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### Adresse COMPLETE du laboratoire expéditeur

#### A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

### Médecin prescripteur :

Nom : .....  
Service : ..... Tél. obligatoire : .....

**IMPORTANT** : La recherche de EHEC/STEC est indiquée en cas de syndrome hémolytique et urémique ou de diarrhée sanglante. En dehors de ces contextes un accord préalable avec le CNR est indispensable.

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (Etiquette identité si possible ou en MAJUSCULES)

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Sexe : M / F  
Département d'origine : .....  
Hôpital (si différent du laboratoire) : .....

### Renseignements cliniques **INDISPENSABLES** (Examen non réalisé en leur absence)

Statut : Malade  Contact   
Diarrhée  Diarrhée Glairo-Sanglante ou sanglante   
Date de début \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
SHU  Date de début \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Traitement antibiotique  Date de début \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Si oui lequel : .....

### Renseignements épidémiologiques si connus

Cas isolé   
Cas groupés  Nombre de cas : .....  
- Famille   
- Ecole  Crèche   
- Autre .....

Aliment suspecté : .....  
Contact avec des animaux : .....  
Diarrhée dans l'entourage : .....  
Voyage récent : .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ECHANTILLON

→ Selles sur milieu de transport  
(votre réf.) n° .....  
Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
→ Écouvillon rectal sur milieu de transport  
(votre réf.) n° .....  
Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
→ Primoculture de : (votre réf.) n° .....  
 selles ou écouvillon rectal  
 biopsie (précisez le site .....)  
 autres (.....)  
Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
→ SOUCHE (votre réf.) n° .....  
Isolée de :  selles  écouvillon rectal  
Autre site (précisez) : .....  
Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Commentaires : .....  
→ ADN (votre réf.) n° .....  
Type de prélèvement : .....  
Date du prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### VOS RÉSULTATS **INDISPENSABLES**

Recherche de Shigatoxines :  oui  non  
Si oui, cocher la(les) case(s) correspondantes :  
 stx1/2 ⊕  stx1 ⊕  stx2 ⊕  eae ⊕  
 stx négatif  
Technique :  FilmArray  BDMax (CT : .....)  
 autre : .....

### Conditions de transport : Triple emballage

- selles en milieu de conservation  
- écouvillon rectal en milieu de conservation  
- primoculture **scellée**  
- souche : tube de conservation → à température ambiante  
- ADN → acheminement à une température ≤ +8°C

} à température ambiante < 72h