CNR ASSOCIE *ESCHERICHIA COLI*

Responsables *E. coli* producteur de Shigatoxines : Dr Aurélie Cointe, Pr Stéphane Bonacorsi
Responsables *E. coli* Infections materno-foetales et méningites : Pr Stéphane Bonacorsi, Dr Philippe Bidet
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
Adresses mail : e.coli@aphp.fr / e.coli.rdb@aphp.mssante.fr **Site internet :** http://cnr-escherichiacoli-robertdebre.aphp.fr

Fiche de renseignements pour toute demande de Diagnostic moléculaire - Recherche d'ADN de *E. coli* par PCR

Biologiste expéditeur
A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

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

Adresse COMPLETE du laboratoire expéditeur
A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Médecin prescripteur :
Nom : .....
Service : ..... Tél obligatoire : .....

EXAMEN REALISE UNIQUEMENT APRES CONTACT ET ACCORD AVEC LE CNR

- ☐ **Méningite décapitée**
- ☐ **Autre site stérilisé par une antibiothérapie préalable**
- ☐ **Autre contexte :**

Indiquer le nom du biologiste du CNR ayant donné son accord :

PATIENT :

NOM : .....
Prénom : .....
Hôpital (si différent du laboratoire) : .....
Service d'hospitalisation : .....
Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Sexe : **M / F**
Evolution à 3 jours : **décès oui/non** Commentaires éventuels : .....
.....

Pour le Nouveau-né :
Terme de naissance : ..... semaines et ..... jours Poids de naissance : .....

Étiquette Patient

LCR (votre référence) n° .....
Volume (minimum souhaitable 200µL) :.....
Date du prélèvement : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Heure : .....
Cytologie : nb de leucocytes ..... /mm^3
nb d'hématies ..... /mm^3
Antibiothérapie préalable, date de début : _ _ / _ _ / _ _ _
Antibiotique 1 : ..... Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Heure : .....
Antibiotique 2 : ..... Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Heure : .....
Antibiotique 3 : ..... Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Heure : .....

Autre prélèvement (votre référence) n° .....
Volume (minimum souhaitable 200µL) :.....
Date du prélèvement : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Heure : .....
Cytologie : nb de leucocytes...../mm^3
nb d'hématies...../mm^3
Antibiothérapie préalable, date de début : _ _ / _ _ / _ _ _
Antibiotique 1 : ..... Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Heure : .....
Antibiotique 2 : ..... Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Heure : .....
Antibiotique 3 : ..... Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Heure : .....

MODE DE TRANSPORT :
à ≤ +8°C
Joindre un compte rendu d'hospitalisation

Réservé au CNR, conformité du prélèvement :
Température :
Volume :
Intégrité du contenant :

Seule la version électronique fait foi