SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES
Centre National de Référence *Streptococcus agalactiae*

Formulaire à envoyer avec l'échantillon à : Cécile Meex
Service de Microbiologie Clinique, CHU de Liège ,Tour 6, +2-Unilab -Avenue de l'Hôpital 1, 4000 Liège
Tél. : 04/284.36.67 (ou 04/323.22.98) / Fax : 04/3232299 / E-mail : c.meex@chuliege.be

EXAMENS DEMANDES, cocher une des cases suivantes

- ❑ Demande de **confirmation d'identification**
- ❑ Demande de **typage** capsulaire
- ❑ Demande de **confirmation de la CMI à la pénicilline**
- ❑ Surveillance **épidémiologique** : souche invasive
- ❑ Autre demande, à préciser .....

Identification / cachet du laboratoire

Nom du responsable : .....
Nom du laboratoire : .....
Service : .....
Adresse : .....
Code postal : .....
Localité : .....
Tél. : ..... Fax : .....
Email : .....

Cadre réservé au laboratoire de référence

N° de référence : GBS / .....

Réception le : .....
Souche :
- ❑ n'a pas poussé
- ❑ identifiée *S.agalactiae*
- ❑ sérotype capsulaire : .....

Remarque : .....

Renseignements concernant le patient

Nom (initiales/autre code) : .....
Sexe : ☐ H ☐ F ☐ inconnu
Date de naissance : .....
Grossesse : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu
Code postal/Localité : .....
Nationalité : .....
Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Evolution : ☐ guérison ☐ décès ☐ inconnu

Données cliniques

Bactériémie ☐ oui ☐ non
Sepsis ☐ oui ☐ non

Nature de l'affection :
- ☐ sepsis néonatal
- ☐ méningite ☐ endocardite
- ☐ infection peau & tissus mous
- ☐ infection ostéo-articulaire
- ☐ pneumonie ☐Infection urinaire
- ☐ infection gynécologique
- ☐ autre : .....
- ☐ inconnue

Facteurs associés :
- ☐ diabète ☐ cirrhose
- ☐ immunodépression ☐ pathologie oncologique
- ☐ obésité ☐ autre : .....

Renseignements concernant la souche

Votre numéro de référence : .....

Origine de la souche :
- ☐ L.C.R.
- ☐ sang
- ☐ urine
- ☐ liquide articulaire, à préciser .....
- ☐ autre : .....

☐ associée à un autre germe pathogène (à préciser) :

.....

Date du prélèvement (pas de l'isolement !) :

.....

Renseignements complémentaires si infection néonatale

Enfant : âge au début de l'infection :
..... jours ou ..... semaines

Mère : statut de colonisation/infection de la mère
☐ prénatal ☐ à l'accouchement

	positif	négatif	inconnu
vagin	☐	☐	☐
vagino/rectum	☐	☐	☐
urine	☐	☐	☐
autre	☐	☐	☐

si positif, la souche maternelle est ou sera-t-elle envoyée? ☐ oui ☐ non

Médecins à contacter (si possible) :
Pédiatre : .....
Gynécologue : .....

Autres commentaires, vos résultats :