

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 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