CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR *E. COLI* PRODUCTEURS DE VEROTOXINES/SHIGATOXINES (STEC)

FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE :

Prof. Dr. D. Piérard
UZ Brussel - Microbiologie en Ziekenhuishygiëne
Laarbeeklaan 101, 1090 Jette
Tel : 02 4775000
E-mail : labomicro@uzbrussel.be

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ÉCHANTILLON

Nom du responsable : ……

Nom du laboratoire : ……

Service : ……

Adresse : ……

Code postal + localité : ……

Tél. : …….. Fax : ……

Adresse email: ……

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom : ……

Sexe : ❑ H ❑ F ❑ inconnu

Date de naissance (ou âge) : ……

Code postal/Localité : ……

Nationalité : ……

N° du registre national : ……

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

Selles

Numéro d'identification : ……

Date de prélèvement : ……

Nature : ❑ selles (échantillon préféré)

❑ Frottis anal (uniquement en cas de SHU)

❑ Autres :……

Matériel envoyé : ❑ échantillon de selles fraiches

❑ réisolement primaire de matières fécales sur gélose entérique.

Souche

Numéro d'identification : ……

Date d'isolement ……

Nature de l'échantillon d'où la souche a été isolée :

Serum

Numéro d'identification : ……

Date de prélèvement : ……

Un premier échantillon a-t-il été examiné ? ☐ oui ☐ non

Si oui : Référence:……

Date:……

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

INFORMATIONS CLINIQUES

Le patient a-t-il été hospitalisé : ☐ oui ☐ non

Issue : ☐ décédé date de décès: ……

☐ encore malade ☐ guéri ☐ inconnu

Manifestations gastro-intestinales : ☐ oui ☐ non

Date de début des symptômes : ……

- Diarrhée ☐ oui ☐ non
  - Si oui, sanglante ? ☐ oui ☐ non
- Douleurs abdominales ☐ oui ☐ non

☐ pas de manifestations gastro-intestinales

☐ autres, donner des détails : ……

Syndrome urémique hémolytique : ☐ oui ☐ non

Date de début des symptômes : ……

Donner les valeurs biologiques les plus anormales :

- Insuffisance rénale aiguë : ☐ oui ☐ non
  - Créatinine sanguine : unité :
  - Clearance de la créatinine : unité :
- Anémie hémolytiques microangiopathique : ☐ oui ☐ non
  - Hémoglobine : unité :
  - Présence de schistocytes : ☐ oui ☐ non
- Thrombocytopénie
  - Plaquettes: unité :

☐ Autres complications, donner des détails……

INFORMATIONS EPIDEMIOLOGIQUES

Cas isolé : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Cas regroupés : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Si oui, donner des détails :……

Le patient a-t-il séjourné récemment en dehors de son domicile (en Belgique ou à l'étranger) pendant les 12 jours qui ont précédé les symptômes gastro-intestinaux : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Si oui, dans quel pays ou région : ……