

Unité de Bactériologie	Code : 261.P01.FM.001	Version : 012	Applicable le : 01/01/2024	Nb Pages : 2
FORMULAIRE				
Fiche de renseignements pour le CNR-LE CHARBON Dépistage de <i>Bacillus anthracis</i>				

INSTRUCTION

Dans le cadre d'une demande de dépistage de *Bacillus anthracis*, merci de **joindre cette fiche** à tout envoi de souche.

ADRESSE D'EXPEDITION :

HIA BEGIN - service de Biologie médicale – CNR-LE CHARBON
69, avenue de Paris, 94163 SAINT-MANDÉ Cedex
Tel.: 06 30 55 70 15 / 01 78 65 10 99 Email : irba-cnrlecharbon.accueil.fct@def.gouv.fr

1. Information sur l'expéditeur

Nom de l'établissement : Date de l'expédition :

Service/Laboratoire :

Nom du demandeur : Cachet du laboratoire et signature :

Adresse :

Code Postal :

Pays :

Téléphone :

Télécopie :

Email :

2. Information sur la souche

2.1. Origine du prélèvement (Echantillon primaire) :

Date et heure du prélèvement : Référence :

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Escarre : <i>précisez</i> | <input type="checkbox"/> Sang | <input type="checkbox"/> Vésicule |
| <input type="checkbox"/> Adénopathies : <i>précisez</i> | <input type="checkbox"/> Rhinopharynx | <input type="checkbox"/> Autre : <i>précisez</i> |
| <input type="checkbox"/> Expectorations | <input type="checkbox"/> LCR | |
| <input type="checkbox"/> LBA | <input type="checkbox"/> Selles | |

2.2. Isolement de la bactérie et expédition :

Date et heure de la réception au laboratoire :

Date et heure de l'isolement :

Conditions d'expédition :	Température de transport :	Classe d'emballage :
<input type="checkbox"/> Tube de transport	<input type="checkbox"/> Température ambiante	<input type="checkbox"/> UN 2814
<input type="checkbox"/> Culture sur gélose : <i>précisez</i>	<input type="checkbox"/> + 4°C	<input type="checkbox"/> UN 3373
<input type="checkbox"/> Autre : <i>précisez</i>	Transporteur : <i>précisez</i>	<input type="checkbox"/> Autre : <i>précisez</i>

CADRE RESERVE AU CNR

Date de réception :


--	--	--	--	--	--

 Reçu par : _____

N° d'enregistrement :

--	--	--	--	--	--

 Signature : _____

Unité de Bactériologie 	Code : 261.PO1.FM.001	Version : 012	Applicable le : 01/01/2024	Nb Pages : 2
FORMULAIRE				
Fiche de renseignements pour le CNR-LE CHARBON Dépistage de <i>Bacillus anthracis</i>				

3. Identification de la souche réalisée

(Précisez les techniques. Merci de joindre une copie des résultats)

- Gram, mobilité, hémolyse, etc.
- Milieux spécifiques : *précisez*
- Galeries de tests biochimiques : *précisez*
- Identification automatisée : *précisez*
- Antibiogramme
- Biologie moléculaire : *précisez la technique et les marqueurs utilisés*

4. Informations sur le patient

Nom : Prénom :
 Sexe : Masculin Féminin Date de naissance :
 Lieu de résidence : Code postal :

5. Données cliniques

Forme clinique : Date des 1^{ers} signes cliniques :
 Cutanée (escarre noirâtre) Pulmonaire
 Sous-cutanée (œdème) Septicémique
 Digestive Rhinopharyngée
 Méningée

Des données cliniques plus détaillées peuvent être communiquées sur un document séparé

6. Contexte d'exposition (au cours des deux mois précédant la date de début des signes)

(Liste non limitative - Plusieurs réponses possibles)

Date d'exposition (connue / suspectée) :

- Exposition professionnelle : *précisez la profession et les circonstances*
- Contact avec un animal malade atteint ou suspect de charbon : *précisez les conditions d'exposition, indiquez si cas suspect ou confirmé*
- Voyage dans un pays d'endémie (Afrique, Moyen Orient, Asie du sud,...) : *précisez les pays*
- Consommation de viandes ou autres produits d'origine animale en provenance de zone d'endémie ou d'origine sanitaire non contrôlée : *précisez*
- Manipulation de produits animaux provenant de zone d'endémie (laines, peaux, ...)
- Injection de produit contaminé
- Autres circonstances d'exposition : *précisez*

7. Informations complémentaires :

Merci de préciser l'historique clinique et les traitements administrés ainsi que toute information jugée utile.

Précisez.....

