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 :
IRBA – CNR-LE CHARBON
Div.DNRBC/D.2MI/U.BACT - 1, place Général Valérie André - 91223 Brétigny/Orge
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 :
Service/Laboratoire : .....
Nom du demandeur : .....
Adresse : .....
Code Postal : .....
Pays : .....
Téléphone : .....
Télécopie : .....
Email : .....

Date de l'expédition : .....

Cachet du laboratoire et signature :

2. Information sur la souche

2.1. Origine du prélèvement (Echantillon primaire) :

Date et heure du prélèvement :

Référence : .....

☐ Escarre : *précisez*	☐ Sang	☐ Vésicule
☐ Adénopathies : *précisez*	☐ Rhinopharynx	☐ Autre : *précisez*
☐ Expectorations	☐ LCR	
☐ LBA	☐ 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 :

☐ Tube de transport	Température de transport : ☐ Température ambiante	Classe d'emballage :
☐ Culture sur gélose : *précisez*	☐ + 4°C	☐ UN 2814
		☐ UN 3373
☐ Autre :	Transporteur : *précisez*	☐ Autre :

CADRE RESERVE AU CNR

Date de réception : | | | | | | |

N° d'enregistrement : | | | | | | | |

Reçu par :

Signature :

ADRESSE D'ENVOI : IRBA – CNR-LE CHARBON
Div.DNRBC/D.2MI/U.BACT - 1, place Général Valérie André - 91223 Brétigny/Orge
Tel.: 06 30 55 70 15 / 01 78 65 10 99 Email : irba-cnrlecharbon.accueil.fct@def.gouv.fr

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 :

- ☐ Cutanée (escarre noirâtre)
- ☐ Sous-cutanée (œdème)
- ☐ Digestive
- ☐ Méningée

Date des 1ers signes cliniques :.....

- ☐ Pulmonaire
- ☐ Septicémique
- ☐ Rhinopharyngée

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 .....

.....

.....

ADRESSE D'ENVOI : IRBA – CNR-LE CHARBON

Div.DNRBC/D.2MI/U.BACT - 1, place Général Valérie André - 91223 Brétigny/Orge

Tel.: 06 30 55 70 15 / 01 78 65 10 99 Email : irba-cnrlecharbon.accueil.fct@def.gouv.fr