الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière
Institut Pasteur d'Algerie
معهد باستور بالجزائر

Laboratoire des entérobactéries et bactéries apparentées

Unité *Escherichia coli* et *Yersinia*

Fiche de renseignement devant accompagner chaque envoi

Hôpital ou Service/Laboratoire Expéditeur :

Hôpital :

Service /Laboratoire :

Nom complet ou Cachet du Médecin :

E-mail : .....TEL : .....……

Escherichia coli entérohémorragique (EHEC)

- **PRELEVEMENT pour *E. coli* entérohémorragique**

Adulte |__| **Enfants moins de 15 ans :** |__|

☐ **Selles** ☐ **Ecouvillon rectal** ☐ **Autres, préciser :**

DATE DE PRÉLÈVEMENT : |__|__| |__|__| |__|__|

Renseignements épidémiologiques ESSENTIELS

- **Nom, prénom du patient** .....

- **Date de naissance** |__|__|__|__|__|__| **Sexe :** ……

Adresse ……..

- **Statut** : Malade |__| Porteur |__| inconnu |__|

- **Date d'hospitalisation** : |__|__| |__|__| |__|__| et Motifs : .....

- **Manifestations cliniques : Diarrhée |__| Diarrhée sanglante |__| SHU |__|**
Asymptomatique |__| inconnu |__| autre .....……

- **Date de début des symptômes**: |__|__| |__|__| |__|__|

et précisions : .....

- **Cas isolé** |__| Voyage récent (pays, date) .....

- **Cas groupés** : |__| Nombre de cas : .....

Hôpital |__| Familial |__| Ecole |__| Crèche |__| Autres : .....

T.I.A.C. |__| Aliment suspecté : .....

- **Traitement antibiotique:** Traitement avant prélèvement **oui** |__| **Non** |__|
Date de début du traitement |__|__| |__|__| |__|__|
Date de fin |__|__| |__|__| |__|__|
Antibiotiques administrés……

Institut Pasteur d'Algérie Route du petit Staoueli- DelyBrahim- Alger. Tél :+213(0)21 37 26 74/36 55 88-Fax :+213(0) 21 36 17 48
Site Web : www.pasteur.dz