



# CENTRE NATIONAL DE REFERENCE DES *FRANCISELLA*

Pr. M. Maurin et S. Boisset, Dr. I Pelloux, Y. Caspar, A. Hennebique, L. Pondérand  
Laboratoire de Bactériologie-Hygiène hospitalière  
Tel. 04 76 76 54 79 Fax. 04 76 76 52 28  
CHU de Grenoble Alpes, CS 10217 – 38043 Grenoble Cedex 09  
E-Mail: [cnr-francisella@chu-grenoble.fr](mailto:cnr-francisella@chu-grenoble.fr)

| EXPEDITEURS   |  |
|---|--|
| Laboratoire :   | Médecin prescripteur :   |
| Biologiste :  |  |
| Téléphone :   | Téléphone :  |
| Courriel :  | Courriel :   |
| PATIENT   | PRELEVEMENT / SOUCHE / EXTRAIT D'ADN   |
| Nom :   | Date : ...../...../..... <b>Votre référence</b> : .....                      |
| Prénom : Sexe :   | Type : <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Ulcère cutané |
| Date de naissance : ...../...../.....   | <input type="checkbox"/> Biopsie ganglionnaire ; localisation : .....        |
| <b>CODE POSTAL</b> Lieu de résidence :  | <input type="checkbox"/> Bloc de paraffine ; localisation : .....            |
|   | <input type="checkbox"/> Autre : .....                                       |
|   | <input type="checkbox"/> Souche ; site d'isolement : .....                   |
|   | <input type="checkbox"/> ADN ; pvt primaire : .....                          |
| RENSEIGNEMENTS CLINIQUES  |  |
| <u>Forme clinique</u> : <input type="checkbox"/> Ulcéro-ganglionnaire <input type="checkbox"/> Ganglionnaire <input type="checkbox"/> Pleuro-pulmonaire |  |
| <input type="checkbox"/> Oropharyngée <input type="checkbox"/> Typhoïdique ou septicémique <input type="checkbox"/> Oculo-ganglionnaire                 |  |
| <input type="checkbox"/> Autre .....  |  |
| Histoire de la maladie (joindre le compte-rendu d'hospitalisation ou de consultation)   |  |
| TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE   |  |
| Molécule(s) : .....   |  |
| Posologie : .....   |  |
| Durée : .....   |  |
| RESULTATS BIOLOGIQUES EN FAVEUR D'UNE TULAREMIE   |  |
| <b>Sérologie</b>  | <b>PCR</b>   |
| Techniques : <input type="checkbox"/> ELISA (IgM/IgG)   | Techniques : <input type="checkbox"/> PCR maison, gène amplifié : .....      |
| <input type="checkbox"/> Micro – agglutination <input type="checkbox"/> Autre : .....   | <input type="checkbox"/> Kit commercial : .....                              |
| Date :  | Date :   |
| Résultats :   | Résultats :  |

Tourner la page SVP

## RENSEIGNEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES

- Lieu/Mode de contamination suspecté(s) :
  
- Contact avec des animaux :  oui le(s)quel(s) : .....  
 non  
 inconnu
  
- Piqûre/morsure :  tique  moustique  taon  inconnu  
Localisation : .....
  
- Consommation de gibier :  oui  non  inconnu
  
- Contact direct avec eau de ruisseau, rivière, lac, etc. :  oui  non  inconnu
- Contact direct avec de la terre (jardinage, etc.) :  oui  non  inconnu
- Loisir de plein air en forêt (promenade, trek, etc.) :  oui  non  inconnu
- Voyage à l'étranger ; lieu : .....  oui  non  inconnu
  
- Profession/activité exposées :  Eleveur  
 Chasseur  
 Vétérinaire  
 Personnel des abattoirs  
 Technicien(ne) de laboratoire  
 Autre, préciser la profession : .....