

# COMMENT ET QUAND ENVOYER LES SOUCHES AU CNRP

- Les souches sont collectées congelées par un transporteur agréé.

Si les souches sont congelées sur cryobilles, veiller à transmettre au moins une dizaine de billes par cryotube. Elles peuvent aussi être congelées en BHI + glycérol à 15%.

Dans tous les cas, les cryotubes destinés au CNRP doivent êtreensemencés avec un inoculum riche à partir d'une culture fraîche (18h).

**Attention** : identifier le cryotube avec le numéro de souche figurant sur la fiche et dans l'e-CRF au niveau de « Initiales ».

- Lors de chaque envoi

- remplir et confier au transporteur le tableau récapitulatif fourni préalablement par le CNRP (cf Modèle ci-dessous)
- vérifier que les souches envoyées sont bien saisies dans la base de données et que la case « envoi au CNRP » est cochée. Une extraction excel de ces souches peut être demandée auprès de Sandrine LUCE ([Sandrine.Luce@chu-limoges.fr](mailto:Sandrine.Luce@chu-limoges.fr)) ou Anaïs Labrunie ([anais.labrunie@unilim.fr](mailto:anais.labrunie@unilim.fr)) à Limoges.
- envoyer au CNRP, de préférence par e-mail, un tableau Excel des fiches correspondant aux souches envoyées

- La collecte des souches est organisée deux fois par an. Chaque envoi correspond à 6 mois d'étude.

**CAS PARTICULIERS** d'envoi au CNRP en dehors des deux collectes programmées :

- En cas de méningite ou de toute autre infection sévère à pneumocoque chez une personne vaccinée
- En présence de cas groupés d'infections à pneumocoque

Dans ce cas, joindre la fiche bactériologique et clinique du CNRP (cf. ci-dessous) dûment remplie.

- Dans le cadre de l'étude SIIPA

Tableau récapitulatif à joindre à chaque collecte semestrielle des souches congelées

Centre National de Référence des Pneumocoques



CNRP

Récapitulatif du nombre semestriel de souches envoyées au CNRP

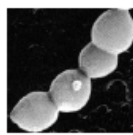
**2<sup>eme</sup> SEMESTRE 2016**

ORP (à compléter) :

	LCR	HEMOC	LIQUIDES PLEURAUX	SOUCHES PRISTINAMYCINE R
ENFANTS 0-15 ans				
ADULTES >15 ans		Uniquement les centres coordinateurs (toutes les souches)		
SIIP pour les ORP concernés				
TOTAL				

Fiche à imprimer et à joindre **IMPERATIVEMENT** à l'envoi des souches congelées. Merci.

Fiche à joindre pour toute souche adressée au CNRP en dehors des collectes semestrielles :



CNRP

Fiche clinique et bactériologique 2017

**CNR DES PNEUMOCOQUES**  
<http://cnr-pneumo.com/>

Cadre réservé au CNRP (ne pas remplir) Date de réception : __/__/2017 Matériel reçu : ..... Réceptionné par : ..... Sérotype : .....	Réf Souche :  Boîte : ..... N°Boîte : __ Place : __ Date de réponse : / /2017
--	---

Souche envoyée dans le cadre d'un protocole :  non  oui

Si oui, lequel  ORP Observatoires Régionaux du Pneumocoque  
 Observatoire SIIPA Infections Invasives à Pneumocoque Adulte  
 Observatoire GPIP-ACTIV Infections Invasives Pédiatriques  
 Autre (précisez) : .....

A partir d'une culture riche de moins de 18h, ensemercer une gélose Columbia au sang, sans l'incuber. Expédier sous emballage conforme avec la législation.

**OBJET DE LA DEMANDE**

Sérotypage  Vérification de la sensibilité aux antibiotiques : (précisez) .....  
 Vérification de l'identification  Autre (précisez) : .....

**LABORATOIRE EXPEDITEUR (Adresse complète pour l'envoi des résultats)**

Date de l'envoi : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Biologiste responsable : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

**PATIENT**

Nom (Initiales) : ____ Prénom (Initiales) : ____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : __/__/____ <b>DIAGNOSTIC</b> <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Pleuro-Pneumonie <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Oïte moyenne aiguë <input type="checkbox"/> Sinusite <input type="checkbox"/> Syndrome Hémolytique et Urémique <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....	<b>SERVICE</b> : ..... <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Consultation <b>TERRAIN</b> <input type="checkbox"/> Drépanocytose <input type="checkbox"/> Brèche ostéo-méningée <input type="checkbox"/> Splénectomie <input type="checkbox"/> Myélome <b>VACCINATION</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Conjugué 7-valent (PCV7) ou 13-valent (PCV13) Date et vaccin utilisé : - 1 <sup>ère</sup> dose : __/__/____ <input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PCV13 - 2 <sup>ème</sup> dose : __/__/____ <input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PCV13 - 3 <sup>ème</sup> dose : __/__/____ <input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PCV13 - Rappel : __/__/____ <input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PCV13 <input type="checkbox"/> Polysaccharidique 23 valences <input type="checkbox"/> CAS GROUPÉS
---	---

**PRÉLÈVEMENT**

VOTRE RÉFÉRENCE (indispensable) : .....

<b>NATURE DE L'ÉCHANTILLON</b> <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Hémoculture <input type="checkbox"/> Liquide pleural <input type="checkbox"/> Prélèvement distal protégé <input type="checkbox"/> Asp. bronchique <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Liquide d'oreille moyenne <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="checkbox"/> Rhino-pharynx (sur écouvillon) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....	<b>DATE DU PRÉLÈVEMENT</b> : __/__/2017 CMI de pénicilline = ..... µg/ml CMI d'amoxicilline = ..... µg/ml CMI de céfotaxime = ..... µg/ml CMI de ceftriaxone = ..... µg/ml Cette souche présente-t-elle une particularité ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> difficulté d'identification <input type="checkbox"/> sensibilité aux antibiotiques (précisez) : .....
---	--

**Dans tous les cas, joindre une copie de l'antibiogramme. Merci.**



Dr Emmanuelle VARON - Centre National de Référence des Pneumocoques  
 Laboratoire de Microbiologie / Hôpital Européen Georges-Pompidou, 20 rue Leblanc - 75908 Paris Cedex 15  
 Tél : 01 56 09 39 67 Fax : 01 56 09 24 46