CENTRE NATIONAL DE REFERENCE DES LEGIONELLES

HOSPICES CIVILS DE LYON



Institut des Agents Infectieux (IAI)
Groupement Hospitalier Nord, Bâtiment O – CBPN
3ème étage
103 Grande Rue de la Croix-Rousse

103 Grande Rue de la Croix-Rousse 69317 Lyon Cedex 04 FRANCE



Tel: (33) 4 72 07 11 11 Fax: (33) 4 72 07 18 42

ENVOI DE SOUCHE CLINIQUE

Fiche mise à jour tous les ans et disponible sur le site du CNR : http://cnr-legionelles.univ-lyon1.fr/ Ré-isolement d'une colonie sur milieu spécifique Legionella, incubation afin d'obtenir une croissance de la souche puis transport à température ambiante.

LABORATOIRE EXPEDITEUR			PATIENT		
Cachet du laboratoire :			Nom :		
			Nom de naissar	nce :	
			Prénom :		
			Sexe :		
Nom du correspondant :					
E-mail:			Date de naissar	nce :	
Téléphone :			Service d'hospitalisation :		
Date d'envoi :					
SOUCHE					
Votre référence interne) I		re du prélèvement	•	
Date de prélèvement :		Heure de prélèveme		Date d'isoleme	ent :
Identification : Lp1	☐ Lp2-	-14 □ Legionella	a spp (préciser l'es _l	pèce) :	
Technique utilisée pour l'identification :					
ANALYSES DEMANDEES (La décision finale est de la responsabilité du CNR suivant les informations fournies)					
☐ identification complémentaire ☐ antibiogramme (justifier la demande)					
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES & PARACLINIQUES					
Si déclaration obligatoire à l'ARS faite : merci de joindre une photocopie de la DO.					
Date de début des symptômes :			Pneumopathie	: □ non	□ oui
Antibiothérapie :	Date d'instauration :				
	Antibiotiques :	, , , ,			
Co-infection pulmonaire : □ non □oui (préciser) :					
COVID-19	: □ non	□ oui (date du test)	:	☐ ne sait pas	
Signes digestifs:	□ non	□ oui	☐ ne sait pas		
Signes neurologiques :	\square non	□ oui	\square ne sait pas		
Evolution du patient :	☐ favorable	☐ encore malade	□ décès		
Descriptif du cas :	escriptif du cas :		□ cas groupés		
	□ communauta	aire	\square nosocomial		
Informations complémentaires :					