

GTFCC - Formulaire d'accompagnement d'un échantillon vers un laboratoire en cas de suspicion de choléra

L'agent de santé référent doit remplir ce formulaire et en envoyer une copie au laboratoire avec l'échantillon (un formulaire par échantillon envoyé).

Joindre une copie du formulaire d'admission et de triage ([annexe 12 du Manuel de terrain de réponse à l'épidémie de choléra](#)).

Pour des instructions spécifiques sur l'emballage et le transport, veuillez vous référer à [Conditionnement et transport intérieur d'échantillons pour le diagnostic de laboratoire de Vibrio cholerae O1 et O139](#).

Requête faite par

Nom de l'établissement de santé
(ou tampon ou identifiant de l'établissement de santé)

Date de la demande : JJ / MM / AAAA
_____ / _____ / _____

Nom du professionnel de santé référent :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

Demande faite pour

Confirmation en laboratoire du choléra Tests de sensibilité aux antibiotiques Autre, spécifier

Échantillon

N° d'identification de l'échantillon : Date et heure de prélèvement : JJ / MM / AAAA Heure Minute
_____ / _____ / _____ _____

Lieu de prélèvement de l'échantillon :

Type d'échantillon collecté : Selles Écouvillon rectal Autre, spécifier :

Sang observé dans les selles : Oui Non

Apparence des selles : Formées Molles Acqueuses Mucus sanglant

Conditionnement de l'échantillon¹: selles en récipient (sans réactifs ajoutés) en Cary Blair sur papier filtre
 en Eau Peptonée Alcaline (EPA) autre, spécifier :

Date d'envoi de l'échantillon au laboratoire : JJ / MM / AAAA
_____ / _____ / _____

Si les dates de collecte et d'envoi de l'échantillon diffèrent, comment a été conservé l'échantillon entre temps (milieu de transport, température)?

Un TDR a-t'il été réalisé sur l'échantillon envoyé ? Non Oui, préciser : TDR enrichi TDR direct

Résultat : Positif Négatif Indéterminé

Nom du kit TDR utilisé :

1 Doit être envoyé à température ambiante (idéalement 22-25°C). Ne pas réfrigérer ou congeler. Conserver à l'abri de la lumière du soleil.

Patient(e)

Nom : Prénom :

N° d'identification du patient : Sexe : Masculin Féminin

Âge : ___ ans / ___ mois / ___ jours or Date de naissance : ___ / ___ / ___
JJ MM AAAA

Date d'apparition de la maladie : ___ / ___ / ___
JJ MM AAAA

Lieu présumé de contamination Province/Région District Ville/Village

Statut du patient au moment de la requête: Hospitalisé(e) Sorti(e) d'hôpital Décédé(e) Inconnu
 Sorti(e) sans ou contre avis médical
 Orienté(e) vers un autre service, préciser

Traitement antibiotique antérieur à la collecte de l'échantillon:* Non Oui

*Tout antibiotique consommé par le patient avant la collecte de l'échantillon peut influencer négativement les résultats de laboratoire.

Préciser l'antibiotique :

Préciser le dosage : Préciser la durée du traitement (en jours) :
JJ MM AAAA

Patient vacciné contre le choléra : Ne sais pas Non Oui Quand? ___ / ___ / ___

Quel vaccin :

Antécédents de voyage pertinents :

Signes et symptômes

- | | |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diarrhée acqueuse jours | <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Sang dans les selles jours | <input type="checkbox"/> Yeux enfoncés |
| <input type="checkbox"/> Vomissements jours | <input type="checkbox"/> Incapacité à boire ou buvant peu |
| <input type="checkbox"/> Fièvre jours | <input type="checkbox"/> Test de pincement cutané >2 secondes |
| <input type="checkbox"/> Léthargie | Autres symptômes |
| <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | Contacts connus avec quelqu'un présentant des symptômes similaires ? |
| <input type="checkbox"/> Pouls faible ou absent | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, préciser |

À compléter par le laboratoire à réception de l'échantillon

Laboratoire de réception (nom/ adresse ou tampon)

Nom du biologiste réceptionnant l'échantillon :

Date et heure de réception de l'échantillon : ___ / ___ / ___
JJ MM AAAA Heure Minute

État de l'échantillon/emballage/documentation : Conforme Non conforme

Si non conforme, préciser (fuites, informations manquantes, température de transport ou de conservation inadéquate etc) :

Actions de suivi : obtenir un second échantillon compléter les données manquantes autre, préciser :