

**CENTRE NATIONAL POUR LE STREPTOCOQUE**  
**Laboratoire Provincial de la Santé Publique**

Salle 1B3.26 WMC Centre Hospitalier de l'Université d'Alberta  
8440-112 St. Edmonton, Alberta T6G 2J2

Téléphone: (780) 407-8977 Télécopieur (780) 407-8984 Courriel: m.lovgren@provlab.ab.ca

**FORMULAIRE D'INVESTIGATION POUR LE STREPTOCOQUE**

[ À l'usage du      Accession #: \_\_\_\_\_ ]  
[ CNS seulement: Date de réception \_\_\_\_\_ ]

**#1. Établissement expéditeur et information sur l'échantillon**

Établissement expéditeur (Nom/Adresse):  _____  _____  _____	Echantillon: _____  No. du laboratoire expéditeur : _____  Date d'expédition:            Jour ____ Mois ____ Année ____  Date de prélèvement:        Jour ____ Mois ____ Année ____
--	---

**#2. Informations sur le patient**

Nom du patient: _____  Numéro d'assurance maladie: _____  Date de naissance: Jour ____ Mois ____ Année ____  Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ville/Lieu de résidence: _____  Code Postal: _____  Province de résidence: _____  Diagnostic: _____
--	---

**#3. Analyse(s) demandée(s)**

Organisme soumis: <input type="checkbox"/> <i>Streptocoque</i> du Groupe A  <input type="checkbox"/> <i>Streptocoque</i> du Groupe B	<input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i>  <input type="checkbox"/> Coque à gram-positif non-identifié
Analyse(s) demandée(s): <input type="checkbox"/> Sérotypie <input type="checkbox"/> Antibiogramme (Précisez l'antibiotique): _____ <input type="checkbox"/> Identification (Indiquez l'identification présumée): _____ <input type="checkbox"/> Autre analyse (Précisez): _____	

**#4. Autre(s) donnée(s) de laboratoire**

Raison de la demande d'analyse:	
Programme provincial de surveillance <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Projet de recherche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez la recherche _____
Enquête épidémiologique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez le contexte _____
	<input type="checkbox"/> Cas <input type="checkbox"/> Contact
Autre (Précisez): _____	
S.V.P. indiquez vos résultats de laboratoire:	