Institut de **V**eille **S**anitaire
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint Maurice cedex
Tél : 01.41.79.67.34
Fax : 01.41.79.68.72
(**envoi des fiches)**

… trimestre 20…

Centre **N**ational de **R**éférence des Bordetelles
Institut Pasteur
25, rue du Docteur Roux
75724 Paris cedex 15
(**envoi des souches)**

RENACOQ : RESEAU HOSPITALIER DE SURVEILLANCE DE LA COQUELUCHE

Code Hôpital : ……..
Médecin déclarant : ……..

Cachet du Laboratoire :

Nombre total de prélèvements analysés :

CAS POSITIFS

NOM 3 premières lettres	Prénom	né(e) le : ..../...../.....	sexe	Nom du Médecin hospitalier demandeur	Nom du Service hospitalier demandeur ou demande extérieure	DATE Prélèvement Nasopharyngé	CULTURE			PCR
							Résultat (+) ou (-)	Bactérie isolée *	Envoi CNR (oui/non)	Résultat (+) ou (-)

* si culture + : indiquer le type de Bordetelle isolée (B. Pertussis, B. Parapertussis, B. Bronchiseptica, B. Holmesii)
si examen non réalisé = N.F