

**Centre National de Référence des bacilles Gram-Négatifs Multi-résistants  
(Enterobacterales, Pseudomonas, Acinetobacter)**

Laboratoire de Microbiologie, CHU UCL Namur, Avenue Dr. Gaston Therasse 1, 5530 Yvoir  
Tel: 081/42.32.06 Fax: 081/42.32.04 Website: [www.cnrbgcn.be](http://www.cnrbgcn.be)

**Formulaire à envoyer par E-mail à l'adresse : [bgn-montgodinne@chuucnamur.uclouvain.be](mailto:bgn-montgodinne@chuucnamur.uclouvain.be)  
Souche à envoyer à : Prof. Dr. T.D. Huang**

**Les critères d'acceptation et de rejets d'envoi de souche sont disponibles sur le site internet.**

**IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE LA SOUCHE**

Nom du responsable: .....  
Nom/site du laboratoire: .....  
Adresse: .....  
Code postal / Localité .....  
Tél./ Fax: .....  
E-mail : .....

**CADRE RESERVE AU LABORATOIRE DE SURVEILLANCE**

Date de réception: .....  
Numéro LIS: .....  
Numéro soucier: .....  
Non-conformité: .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

**Information démographique:**

Identifiant (initiales/autre code): .....  
Sexe:  H  F  X  
Date de naissance (ou âge) : .....  
Code postal/Localité: .....

**Localisation du patient:**

Cabinet médical (médecine générale)  
 Maison de repos et/ou de soins chroniques  
 Clinique hospitalière  
Nom de l'institution : .....  
Site : .....

**Service hospitalier :**

Ambulant (Urgences/consultations)  Soins intensifs  
 Médecine interne  Chirurgie  
 Hématologie/oncologie  Autre: .....

**Séjour préalable dans une autre institution/autre pays :**

Non  
 Transfert direct d'une autre institution (hôpital, MRS...):  
 en Belgique : .....  
 à l'étranger (pays) : .....  
 Séjour récent (<6 mois) dans une autre institution (hôpital, MRS...):  
 en Belgique : .....  
 à l'étranger (pays) : .....  
 Séjour non-lié aux soins récent (<6 mois) à l'étranger (pays): .....  
 Inconnu

**Suspicion d'épidémie :**  Oui  Non

**Signification clinique de la souche :**

Infection  Colonisation  Inconnue

Autres données cliniques :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SOUCHE (OBLIGATOIRE)**

**Origine de la souche:**

Votre n° référence: .....  
Date du prélèvement: .....

**Nature du prélèvement:**

Fécal (Frottis rectal, selles)  LCR  
 Urine  Hémoculture  
 Genital : .....  Cathéter vasculaire : .....  
 Voies resp. Sup (nez, gorge, ORL)  Ostéo-articulaire : .....  
 Voies resp. Inf (AET, AEB, LBA)  Cardio-thoracique : .....  
 Plaie : .....  Abdominal : .....  
 Autre : .....

**Motif du prélèvement:**

Prélèvement clinique  Dépistage  Inconnu

**Votre identification à l'espèce:** .....

**Antibiogramme réalisé: Identification et antibiogramme indispensable à annexer SVP**

Technique utilisée:

Automate: .....  
 Diffusion des disques  
 CMI par diffusion en bandelettes  
 CMI par microdilution en bouillon  
 Autre: .....

**Tests de caractérisation de mécanismes de résistance déjà réalisés:**

Carbapénémase (méthode utilisée et résultats obtenus): .....  
 BLSE (méthode utilisée et résultats obtenus): .....

**ANALYSES/RECHERCHES SOUHAITÉES**

(modulable par le laboratoire en fonction du phénotype)

Carbapénémase  BLSE  
 Autres mécanismes de résistance: .....  
 Détermination de CMI des antibiotiques: .....  
 Caractérisation de facteurs de virulence de *K. pneumoniae* \*  
 Typage moléculaire (uniquement dans le cadre d'épidémie) \*  
 Autre demande : .....

\*veuillez remplir le formulaire ad hoc sur [www.cnrbgcn.be](http://www.cnrbgcn.be)