

**SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES**  
**Centre National de Référence des bacilles Gram-négatifs multi-résistants.**

**Formulaire à envoyer par EMAIL à l'adresse : bgn-montgodinne@uclouvain.be**

SOUCHE A ENVOYER A : Prof. Y. Glupczynski (1) ou Ph. Biol. M. Dodémont (2).

(1) Laboratoire de Microbiologie, CHU Dinant-Godinne UCL Namur, Avenue Dr. Gaston Therasse 1, 5530 Yvoir.

Tel: 081/42.32.06 Fax: 081/42.32.04 Website: http://www.cnrbtn.be/

(2) Laboratoire de Microbiologie, ULB Hôpital Erasme, Route de Lennik 808, 1070 Bruxelles.

Tel: 02/555 69 71 Fax: 02/555 31 10 Email: BGN@erasme.ulb.ac.be

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

<p><b>IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE LA SOUCHE</b></p> <p>Nom du responsable : .....</p> <p>Nom du laboratoire : .....</p> <p>Service : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Code postal : .....</p> <p>Localité : .....</p> <p>Tél. : ..... Fax : .....</p> <p>E-mail : .....</p>	<p><b>CADRE RESERVE AU LABORATOIRE DE SURVEILLANCE</b></p> <p>Date de réception : .....</p> <p>Numéro soucier : .....</p>
<p><b>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT</b></p> <p>Identifiant (initiales/autre code) : .....</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F</p> <p>Date de naissance (ou âge) : .....</p> <p>Code postal/Localité : .....</p> <p>Hospitalisation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Nom et site de l'institution : .....</p> <p>Service : <input type="checkbox"/> Ambulant (Urgences/consultations)  <input type="checkbox"/> Soins intensifs  <input type="checkbox"/> Médecine interne  <input type="checkbox"/> Chirurgie  <input type="checkbox"/> Hématologie / oncologie  <input type="checkbox"/> Autre : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Séjour récent dans une autre institution (hôpital, MRS...) :  <input type="checkbox"/> en Belgique : .....  <input type="checkbox"/> à l'étranger : .....  <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Suspicion d'épidémie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Données cliniques : .....</p>	<p><b>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SOUCHE</b></p> <p><u>Origine de la souche:</u></p> <p>Votre n° référence du prélèvement : .....</p> <p>Date du prélèvement : .....</p> <p>Nature du prélèvement :</p> <p><input type="checkbox"/> Fécal (Frottis rectal, selles)</p> <p><input type="checkbox"/> Urine</p> <p><input type="checkbox"/> Voies respir. supérieures (nez, gorge, ORL)</p> <p><input type="checkbox"/> Voies respir. Inférieures (AET, AEB, LBA)</p> <p><input type="checkbox"/> Hémoculture</p> <p><input type="checkbox"/> Plaie : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Site profond (pus/liquide/biopsie): .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : .....</p> <p>Contexte ou motif du prélèvement :</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement clinique</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>Identification et antibiogramme indispensable à annexer SVP</b></p> </div> <p>Votre identification à l'espèce : .....</p> <p><u>Antibiogramme réalisé:</u></p> <p>Technique utilisée: <input type="checkbox"/> Automate: .....  <input type="checkbox"/> Diffusion des disques  <input type="checkbox"/> CMI quantitative par diffusion en bandelettes  <input type="checkbox"/> Autre: .....</p> <p>Critères d'interprétation : <input type="checkbox"/> CLSI <input type="checkbox"/> EUCAST  <input type="checkbox"/> Autre: .....</p> <p><b>Tests de caractérisation de mécanismes de résistance déjà réalisés:</b></p> <p><input type="checkbox"/> BLSE (méthode utilisée et résultats obtenus):  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Carbapénémase (méthode utilisée et résultats obtenus):</p> <p><input type="checkbox"/> Test d'hydrolyse: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Tests de synergie avec inhibiteurs: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Détection d'antigènes: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Tests moléculaires: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (méthode utilisée et résultats obtenus):  .....</p>
<p><b>ANALYSES/RECHERCHES SOUHAITEES *</b></p> <p><input type="checkbox"/> Carbapénémase</p> <p><input type="checkbox"/> BLSE: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Résistance à la colistine (<i>E. coli</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres mécanismes de résistance:  le(s)quels: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmation d'identification bactérienne</p> <p><input type="checkbox"/> Caractérisation de facteurs d'hypervirulence de <i>K. pneumoniae</i>  (veuillez justifier):  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Détermination des CMI aux antibiotiques:  le(s)quels: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Typage moléculaire (uniquement dans le cadre d'épidémie)  ! Veuillez remplir le formulaire ad hoc (site www.cnrbtn.be) !</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : .....</p>	<p>* modulables par le laboratoire en fonction du phénotype</p>