

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

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/>

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

<p>IDENTIFICATION DU LABORATOIRE QUI ENVOIE LA SOUCHE</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>CADRE RESERVE AU LABORATOIRE DE SURVEILLANCE</p> <p>Date de réception :</p> <p>Numéro soucier :</p>
<p>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT</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 :</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Suspicion d'épidémie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Données cliniques :</p>	<p>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SOUCHE</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; width: fit-content; margin: 10px auto;"> Identification et antibiogramme indispensable à annexer SVP </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><u>Tests de caractérisation de mécanismes de résistance déjà réalisés:</u></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>ANALYSES/RECHERCHES SOUHAITEES *</p> <p><input type="checkbox"/> Carbapénémase</p> <p><input type="checkbox"/> BLSE:</p> <p><input type="checkbox"/> Autres mécanismes de résistance: le(s)quels:</p> <p><input type="checkbox"/> Détermination des CMI aux antibiotiques: le(s)quels:</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmation d'identification bactérienne</p> <p><input type="checkbox"/> Caractérisation de facteurs de virulence (veuillez justifier): </p> <p><input type="checkbox"/> Typage moléculaire (uniquement dans le cadre d'épidémie) ! Veuillez remplir le formulaire ad hoc !</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>* modulables par le laboratoire en fonction du phénotype</p>