

# Centre National de Référence des Bacilles Gram-Négatifs Multi-Résistants

Formulaire à envoyer par EMAIL à [bgn-montgodinne@uclouvain.be](mailto:bgn-montgodinne@uclouvain.be)

Souche à envoyer à : Prof. T.D. Huang ou Prof. O. Denis

Laboratoire de Microbiologie, CHU 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.

## 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 souchier :   
Non-conformité:

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

### Information démographique:

Identifiant (initiales/autre code) :   
Sexe :  Homme  Femme  
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:   
Date d'admission dans l'institution:

### 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...):  
 Hôpital en Belgique:   
 Soins chroniques en Belgique:   
 à l'étranger (pays):   
 Séjour récent (<6 mois) dans une autre institution (hôpital, MRS...):  
 Hôpital en Belgique:   
 Soins chroniques en   
 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 du prélèvement :   
Date du prélèvement :

### Nature du prélèvement :

Fécral (frottis rectal, selles)  LCR  
 Urine  Hémo-culture  
 Genital:   Cathéter vasculaire:   
 Voies respir. supérieures (nez, gorge, ORL)  Ostéo-articulaire:   
 Voies respir. inférieures (AET, AEB, LBA)  Cardio-thoracique:   
 Plaie:   Abdominal:   
 Autre:

### Motif du prélèvement :

Prélèvement clinique  Dépistage  Inconnu  
Votre identification à l'espèce :

### Antibiogramme réalisé:

Technique utilisée:  
 Automate:  Critères d'interprétation :  
 EUCAST  
 Diffusion des disques  CLSI  
 CMI par diffusion en bandelettes  Autre:   
 CMI par microdilution en bouillon

Identification et antibiogramme indispensable à annexer SVP

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

Carbapénémase (méthode utilisée et résultats obtenus):   
 BLSE (méthode utilisée et résultats obtenus):   
 Résistance à la colistine (méthode utilisée et résultats obtenus):

## ANALYSES/RECHERCHES SOUHAITÉES \*

Carbapénémase  
 BLSE  
 Confirmation de la résistance à la colistine  
 Caractérisation de facteurs de virulence de *K. pneumoniae* ! Veuillez remplir le formulaire ad hoc (site [www.cnrbtn.be/](http://www.cnrbtn.be/))  
 Autres mécanismes de résistance:   
Veuillez justifier:   
 Détermination des CMI aux antibiotiques:   
Veuillez justifier:   
 Typage moléculaire (uniquement dans le cadre d'épidémie) ! Veuillez remplir le formulaire ad hoc (site [www.cnrbtn.be/](http://www.cnrbtn.be/))  
 Autre:

Confirmation d'identification bactérienne

\* modulables par le laboratoire en fonction du phénotype