

Centre National de Référence des bacilles Gram-Négatifs Multi-résistants (<i>Enterobacterales, Pseudomonas, Acinetobacter</i>)	
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.cnrbtn.be	
Formulaire à envoyer par E-mail à l'adresse : 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 : 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...): ☐ 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 <i>K. pneumoniae</i> * ☐ Typage moléculaire (uniquement dans le cadre d'épidémie) * ☐ Autre demande : *veuillez remplir le formulaire ad hoc sur www.cnrbtn.be