

CENTRE NATIONAL DE REFERENCE POUR BURKHOLDERIA SPP.

PRIERE D'ENVOYER CE FORMULAIRE AVEC L'ECHANTILLON A L'UZ BRUSSEL
(Les souches seront référées par nous au LM-UGent si cela rentre dans les modalités du protocole)

Dr. Charlotte Michel
 UZ Brussel
 Microbiologie en Ziekenhuishygiëne
 Laarbeeklaan 101, 1090 Jette
 Tel.: 02/4775001
 E-mail: labomicro@uzbrussel.be

Prof. Dr. Peter Vandamme
 Laboratorium Microbiologie – Faculteit Wetenschappen – UGent
 Vakgroep Biochemie en Microbiologie (WE10)
 K.L. Ledeganckstraat 35
 9000 Gent
 Tel.: 09/2645113
 E-mail: peter.vandamme@ugent.be

DONNEES CONCERNANT LE LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ECHANTILLON:

Nom du responsable:

Nom du laboratoire:.....

Service:.....

Adresse:.....

Code postal:.....

Email:.....

Tel.: Fax:.....

RESERVE AU LABORATOIRE DE REFERENCE

DONNEES DU PATIENT

Nom :

Sexe: M F inconnu

Date de naissance:

Code postal du domicile:

Nationalité:

Le patient a-t-il séjourné dans un hôpital pendant les deux semaines qui ont précédé les premiers symptômes ?

oui non inconnu

Ce patient est-il atteint de mucoviscidose?

oui non inconnu

Si oui, le patient a-t-il déjà eu d'autres cultures présumées positives pour la même espèce bactérienne ?

oui non

Si oui, date du premier isolat:

Cet isolat a-t-il été soumis au CNR?

oui non inconnu

DONNEES CLINIQUES

PATIENTS ATTEINTS DE MUCOVISCIDOSE :

Le patient souffre-t-il maintenant d'une exacerbation pulmonaire ?

non oui, date de début : ou inconnu

Le patient souffre-t-il d'une autre infection ?

oui, précisez : non

AUTRES PATIENTS :

Date de début des symptômes :

Symptômes principaux:

.....

Patient immunocompromis: oui non

Si oui, donnez des détails:

.....

Souffre-t-il d'autres pathologies sous-jacentes?

.....

DONNEES SUR LA SOUCHE

Code d'identification:

Date de prélèvement:.....

origine: expectoration aspiration bronchique

aspiration endotrachéale lavage bronchoalvéolaire

liquide pleural biopsie pulmonaire

Autre, précisez:

Ce cas est-il lié à d'autres cas? : oui non

Si oui, donnez des détails:

.....

Evolution: décédé, date:

encore malade guéri inconnu

ANALYSES DEMANDEES

- Confirmation de l'identification et typage
- Test de sensibilité aux antibiotiques

Motivez la demande si il ne s'agit pas d'un patient atteint de mucoviscidose:

.....

.....

.....