

CENTRE DE RÉFÉRENCE *CLOSTRIDIODES DIFFICILE*

FORMULAIRE A RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE
dans le cadre d'une analyse «HORS» surveillance nationale à *C. difficile*
(avant envoi merci de prendre contact avec le laboratoire)

Pôle de Microbiologie Médicale – UCLouvain
Pôle de Microbiologie médicale est accrédité BELAC sous le numéro de certificat 106-MED

Dr A. Anantharajah
Avenue Hippocrate, 54 Bte B1.54.05 , 1200 Bruxelles
 Tel +32(0)2 764 54 92, email: nrc-microbiology@uclouvain.be

Identification du laboratoire expéditeur de l'échantillon

(OBLIGATOIRE)

Nom du responsable :

Nom du laboratoire :

Adresse :

Code postal/Localité :

Personne de contact :

Tél. : Fax :

E-mail :

Renseignements concernant l'échantillon

(OBLIGATOIRE)

Code laboratoire :

Code patient unique :

Date de prélèvement :

Renseignements concernant le patient

(OBLIGATOIRE)

Date de naissance :

Sexe : M F

Date de prélèvement :

N° Niss :

Unité de soins :

Motif de la demande :

.....

Analyses demandées

Confirmation de l'identification

- Recherche de *C. difficile* par mise en culture
- Recherche de GDH dans les selles/sur culture (immuno)

Recherche de facteurs de virulence

- Recherche de toxines dans les selles/sur culture (immuno)
- Effet cytopathogène
- Test moléculaire sur culture (PCR)
Gène de toxine B (tcdB), gène de toxine A (tcdA), gènes de toxine binaire (cdt), délétions dans le gène régulateur tcdC

Typage

- Ribotypage
- MLVA ou WGS(*) dans le cadre d'une épidémie (avant envoi, contacter le laboratoire)

Autre :

Cadre réservé au CNR *C. difficile*

Date de réception

Par

Numéro CL

Type de prélèvement Souche
 Selles
 Frottis

Milieu :

COL:
 CLO:
 CHROMID:
 THIO. :
 TSA :
 CARY-BLAIR:

Autre :

Conforme Non Conforme

*Essai non couvert par l'accréditation

EFFECTIF A PARTIR DU 04/09/2023

RESPONSABLE DU DOCUMENT : A. BUCHELOT