

CENTRE DE RÉFÉRENCE *CLOSTRIDIODES DIFFICILE*

FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

dans le cadre de la surveillance nationale à *C. difficile*

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 + joindre le print-out de votre encodage sur le site NSIH

(OBLIGATOIRE)

Code laboratoire :

Code patient unique :

Code automatique :

Date de prélèvement :

N° Niss :

Analyses réalisées

- Ribotypage
- Effet cytopathogène

Cadre réservé au CNR *C. difficile*

Date de réception

Par

Numéro CL

Type de prélèvement Souche
 Selles*
 Autre* :

*Sous réserve de culture positive : l'analyse est réalisée sur souche pure.

Milieu :

COL:

CLO:

CHROMID:

THIO. :

TSA :

CARY-BLAIR:

Autre :

Conforme Non Conforme

EFFECTIF A PARTIR DU 04/05/2023

RESPONSABLE DU DOCUMENT : A. BUCHELOT