

## 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)2 436 19 74, 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

\*\* Essai non couvert par l'accréditation

**EFFECTIF A PARTIR DU 08/10/2025**

**RESPONSABLE DU DOCUMENT : A. BUCHELOT**