

# CENTRE NATIONAL DE REFERENCE POUR LE COMPLEXE DU BURKHOLDERIA CEPACIA

**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)**

Prof. Dr. D. Piérard  
UZ Brussel  
Microbiologie en Ziekenhuishygiëne  
Laarbeeklaan 101  
1090 Jette  
Tél : 02 477 50 00  
E-mail : [labomicro@uzbrussel.be](mailto:labomicro@uzbrussel.be)

Prof. Dr. Peter Vandamme  
Laboratorium Microbiologie – Faculteit Wetenschappen – UGent  
Vakgroep Biochemie en Microbiologie (WE10)  
K.L. Ledeganckstraat 35  
9000 Gent  
Tél : 09 264 51 13  
E-mail : [peter.vandamme@ugent.be](mailto:peter.vandamme@ugent.be)

<p><b>DONNEES CONCERNANT LE LABORATOIRE QUI ENVOIE L'ECHANTILLON:</b></p> <p>Nom du responsable : .....</p> <p>Nom du laboratoire : .....</p> <p>Service : .....</p> <p>Adresse: .....</p> <p>Code postal : .....</p> <p>Ville : .....</p> <p>Tél : ..... Fax : .....</p>	<p style="text-align: center;"><b>RESERVE AU CENTRE DE REFERENCE</b></p>
<p><b>DONNEES DU PATIENT :</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Sexe:    <input type="checkbox"/> M    <input type="checkbox"/> F    <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Code postal du domicile : .....</p> <p>N° du registre national : .....</p> <p>Nationalité : .....</p> <p>Le patient a-t-il séjourné dans un hôpital pendant les deux semaines qui ont précédé les premiers symptômes ?</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non    <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Ce patient est-il atteint de mucoviscidose?</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non    <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Si oui, le patient a-t-il déjà eu d'autres cultures présumées positives pour la même espèce bactérienne ?</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, date du premier isolat : ...../...../.....</p> <p style="padding-left: 40px;">cet isolat a-t-il été soumis au CNR?</p> <p style="padding-left: 60px;"><input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non    <input type="checkbox"/> inconnu</p>	<p><b>DONNEES CLINIQUES :</b></p> <p><b>PATIENTS ATTEINTS DE MUCOVISCIDOSE :</b></p> <p>Le patient souffre-t-il maintenant d'une exacerbation pulmonaire ?</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> non    <input type="checkbox"/> oui, date de début: ...../...../.....</p> <p>Le patient souffre-t-il d'une autre infection ?</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> oui, précisez: .....    <input type="checkbox"/> non</p> <p><b>AUTRES PATIENTS :</b> .....</p> <p>Date de début des symptômes : ...../...../..... ou <input type="checkbox"/> inconnu</p> <p>Symptômes principal : .....</p> <p>Patient immunocompromis :    <input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, donnez des détails : .....</p> <p>Souffre-t-il d'autres pathologies sous-jacentes?</p> <p>.....</p>
<p><b>DONNEES SUR LA SOUCHE</b></p> <p>Code d'identification : .....</p> <p>Date de prélèvement : .....</p> <p>origine:    <input type="checkbox"/> Expectoration    <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Aspiration endotrachéale    <input type="checkbox"/> Lavage bronchoalvéolaire</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Liquide pleural    <input type="checkbox"/> Biopsie pulmonaire</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Autre, précisez: .....</p> <p>.....</p>	<p>Ce cas est-il lié à d'autres cas? :    <input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, donnez des détails : .....</p> <p>.....</p> <p>Outcome :    <input type="checkbox"/> décédé, date : ...../...../.....</p> <p>Evolution de l'exacerbation présente :</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> encore malade    <input type="checkbox"/> guéri    <input type="checkbox"/> inconnu</p>
	<p><b>ANALYSES DEMANDEES</b></p> <p style="padding-left: 20px;">-Confirmation de l'identification et typage</p> <p style="padding-left: 20px;">-Test de sensibilité aux antibiotiques</p> <p><b>Motivez la demande si il ne s'agit pas d'un patient atteint de mucoviscidose:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>