

# Centre National de Référence des Campylobacters et Hélicobacters

Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin  
Place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex  
Tél. : 05-56-79-59-77 - Fax : 05-56-79-60-18  
[www.cnrch.u-bordeaux2.fr](http://www.cnrch.u-bordeaux2.fr)

## Fiche de renseignement devant accompagner chaque souche

LABORATOIRE\* (adresse complète et lisible du laboratoire expéditeur)

Nom complet ou **tampon lisible**

N° de rue

Ville

Téléphone : .....

Adresse électronique (E-mail) : .....

Merci de **NE PAS**  
**AGRAFER** cette feuille et  
d'utiliser un **STYLO NOIR**

### Examens demandés pour la souche envoyée

### Résultats déjà obtenus

(Cocher les cases choisies)

Confirmation du genre Campylobacter /  /

Identification de l'espèce /  /

Antibiogramme /  /

Autre demande /  /  Préciser .....

Aucune demande /  /

DATE DE PRELEVEMENT\* : /  /  /

Espèce identifiée : *C. jejuni* /  /  *C. coli* /  /  *C. fetus* /  /

Autre : .....

Antibiogramme : Fait /  /  Méthode : Disque /  /  E-tests /  /

(**S** : sensible, **I** : intermédiaire, **R** : résistant)

Ampicilline **S** /  /  **I** /  /  **R** /  /  (R<14, S≥19 mm)

AmoxiClav **S** /  /  **I** /  /  **R** /  /  (R<14, S≥19 mm)

Tétracycline **S** /  /  **I** /  /  **R** /  /  (S≥30 mm)

Erythromycine **S** /  /  **I** /  /  **R** /  /  (S≥20 mm)

Gentamicine **S** /  /  **I** /  /  **R** /  /  (S≥17 mm)

Ciprofloxacine **S** /  /  **I** /  /  **R** /  /  (S≥26 mm)\*

\* sauf *C. fetus* (Ciprofloxacine S si CMI≤0,5 mg/L)

### \*INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

#### RENSEIGNEMENTS PATIENT

NOM\* (3 premières lettres) et PRENOM\* du patient

DATE DE NAISSANCE\* : /  /  /  (jj/mm/aaaa)

SEXE\* : F /  /  M /  /  Inconnu /  /

CODE POSTAL DU PATIENT\* : /  /  /  /

#### Provenance :

Malade hospitalisé /  /  Malade ambulatoire (Consultation) /  /  Inconnu /  /

- si Malade hospitalisé : Privé /  /  Public /  /  Inconnu /  /

- si Malade ambulatoire (Consultation) :

Médecin traitant /  /  Cons.Hôpital/clinique /  /  Inconnu /  /  Autre /  /  préciser .....

#### Nature du prélèvement \*:

Selles /  /  Sang /  /  Autre /  /  Préciser.....

#### Autres informations :

o Voyage à l'étranger dans les 15 derniers jours précédant le début de la maladie :

Oui /  /  Non /  /  Ne sait pas /  /

Préciser le pays : .....

o Cas isolé /  /  Cas groupés /  /  Inconnu /  /

Si cas groupés, pouvez-vous préciser le lieu de survenue :

Familial /  /  Collectivités /  /  Autre /  /  préciser .....

Si l'origine alimentaire est suspectée, quel est l'aliment suspecté par le patient ou

le médecin prescripteur : .....

Partie réservée au CNR :  
**Date d'application 01-2017**