***Centre National de Référence des Campylobacters et des Hélicobacters***

Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Pr P Lehours

Place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex

Tél. : 05-56-79-59-77 - Fax : 05-56-79-60-18

**www.cnrch.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**/\_\_/ **R**/\_\_/ ( S>30 mm)  Erythromycine **S**/\_\_/ **R**/\_\_/ ( S>20 mm)  Gentamicine **S**/\_\_/ **R**/\_\_/ ( S>17 mm)  Ciprofloxacine **S**/\_\_/ **R**/\_\_/ ( S>26 mm)\*  \* sauf *C. fetus* (Ciprofloxacine S si diamètre S>22 mm ou CMI≤0,5 mg/L)  Les antibiogrammes de *Arcobacter sp* et *H. pullorum* doivent être interprétés avec les valeurs des Entérobactéries, l’érythromycine et la tétracycline ne seront plus catégorisées. |

**\*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* ………………..

*Partie réservée au CNR :*

**Date d’application 01-2018**

***Nature du prélèvement*\**:***

Selles /\_\_/ Sang /\_\_/ Autre /\_\_/ *Préciser*……………..

###### Autres informations :

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

Oui /\_\_/ Non /\_\_/ Ne sait pas /\_\_/ *Préciser le* *pays*: ……………………

* 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 : …………….……………………