

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

(Cocher les cases choisies)

Confirmation du genre *Campylobacter* /

Identification de l'espèce /

Antibiogramme /

Autre demande / Préciser

Aucune demande /

DATE DE PRELEVEMENT* : / / /

Résultats déjà obtenus

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

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 :

Partie réservée au CNR :
Date d'application 01-2018