

# 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 57 82 19 77

[www.cnrch.fr](http://www.cnrch.fr)



## Feuille de renseignements devant accompagner chaque SOUCHE CAMPYLOBACTER

**LABORATOIRE EXPEDITEUR** (adresse complète et lisible)

Nom complet ou **tampon lisible**

N° et Nom de rue

Code Postal et Ville

Téléphone /FAX :

Adresse électronique (E-mail) :

Nom du biologiste :

\* = informations obligatoires

**Partie réservée au CNR**  
**Date d'application 06-2019**  
**version 2**

**IDENTIFICATION DU PATIENT\***  
*Si pas d'étiquette, renseigner ci-dessous*

**NOM\***

**PRENOM\***

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

**SEXE\*** : F /\_\_\_ M /\_\_\_

**COLLER L'ETIQUETTE PATIENT**

**CODE POSTAL DE RESIDENCE \*** /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Provenance\***

Malade hospitalisé /\_\_\_ Malade ambulatoire /\_\_\_ Ne sait pas /\_\_\_

*Si hospitalisé, préciser : Privé /\_\_\_ Public /\_\_\_ Inconnu /\_\_\_*

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

Oui /\_\_\_ Préciser le pays ..... Non /\_\_\_ Ne sait pas /\_\_\_

**Nature du cas\***

Cas isolé /\_\_\_ Cas groupés /\_\_\_ Ne sait pas /\_\_\_

*Si cas groupés, préciser le lieu de survenue : Familial /\_\_\_ Collectivités /\_\_\_*

*Autre /\_\_\_ Préciser .....*

**Origine de la contamination suspectée \***

Volaille /\_\_\_

Viande autre /\_\_\_

Préciser.....

Produit de la mer /\_\_\_

Préciser.....

Autres sources /\_\_\_

Préciser.....

Ne sait pas /\_\_\_

**Nature du prélèvement \***

Selles /\_\_\_ Hémoculture /\_\_\_

Autre /\_\_\_ Préciser.....

**Date du prélèvement \*** /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Résultats obtenus par le laboratoire expéditeur**

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

Autre<sup>1</sup> : .....

**Antibiogramme<sup>2</sup> :** Disque /\_\_\_ E-tests /\_\_\_ Automate /\_\_\_\_\_

(diamètres) (CMI)

Ampicilline	S/___	I/___	R/___	(19-14 mm)	(4-16 mg/L)
AmoxiClav	S/___	I/___	R/___	(19-14 mm)	(4-16 mg/L)
Tétracycline	S/___		R/___	(30 mm)	(2 mg/L)
Erythromycine	S/___		R/___	(20 mm)	(4 mg/L)
Gentamicine	S/___		R/___	(17 mm)	(2 mg/L)
Ciprofloxacine <sup>3</sup>	S/___		R/___	(26 mm)	(0,5 mg/L)

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

<sup>1</sup>Les antibiogrammes de *Arcobacter sp* et *H. pullorum* doivent être interprétés avec les valeurs des Entérobactéries.  
<sup>2</sup> L'érythromycine et la tétracycline ne sont plus catégorisées.  
<sup>3</sup> Sauf *C. fetus* (Ciprofloxacine S si diamètre ≥ 22 mm ou CMI ≤ 0,5 mg/L).