

SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES

Lysotypie de *S. AUREUS*

Prrière d'envoyer ce formulaire avec la souche au laboratoire de référence

Code du laboratoire

Identification du laboratoire qui envoie l'échantillon

Nom du responsable :

Nom du laboratoire :

Service :

Adresse :

C. postal : Localité :

Tél. : Fax :

Cadre réservé au laboratoire de référence

Renseignements sur le patient

Nom (initiales / autre code) :

Sexe : M F inconnu

Date de naissance (ou âge) :

C. postal / Localité :

Profession :

Nationalité :

Séjour récent à l'étranger : oui non

Si oui, pays ou région :

Renseignements complémentaires

Phénotype de résistance :

.....

.....

.....

.....

Méthode utilisée : CMI par microdilution
 CMI par dilution en agar
 antibiogramme

autre :

Critères d'interprétation : NCCLS SFM

autres :

Données cliniques et épidémiologiques :

.....

.....

.....

Remarques :

.....

.....

Etes-vous d'accord pour l'utilisation de vos souches en recherche scientifique ? oui non

Renseignements concernant l'échantillon

N° d'identification :

Identification probable :

MRSA non MRSA

N.B. : seule une souche pure est typable

Origine :

écoulement urétral / vaginal

expectoration

L.C.R.

pus :

sang

selles

urine

autre (préciser) :

inconnu

Date de l'isolement : (jj/mm/aa)