

DEMANDE D'EXAMEN DE BACTERIOLOGIE MEDICALE

COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur																															
Adresse																															
CP	5					Ville																									
Téléphone							Télécopie																								
E mail																															

PATIENT

Nom																				
Nom d'épouse																				
Prénom																				
Né(e) le	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Sexe	☐ F ☐ M																			

SERVICE CLINIQUE

Suivi par le Docteur																				
Service :																				
Hôpital :																				
Votre référence																				
Service/Unité																				

PRÉLÈVEMENT(S)

Nature du prélèvement :

Date

 et heure

 de prélèvement.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

CONTEXTE CLINIQUE :

.....

.....

.....

- PORTE D'ENTRÉE SUSPECTÉE :
- TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE : - TEMPÉRATURE :

☐ **EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE STANDARD**

☐ **RECHERCHE D'UN PATHOGENE SPÉCIFIQUE PAR CULTURE**

☐ **IDENTIFICATION D'UNE SOUCHE BACTÉRIENNE** Résultat du MALDI-TOF :

- | | | | | |
|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---|
| - COLORATION DE GRAM | ☐ COCCI | ☐ BACILLE | ☐ GRAM + | ☐ GRAM - |
| - TYPE RESPIRATOIRE | ☐ Aérobie | ☐ AAF | ☐ Anaérobie | ☐ Microaérophile |

En cas d'échec des techniques classiques, acceptez-vous le recours aux techniques moléculaires ? (BHN 610) ☐ OUI ☐ NON

☐ **ANTIBIOGRAMME** Précisez l'espèce bactérienne :

- ☐ AntibioGramme complet
- ☐ Mécanisme de résistance : ☐ BLSE ☐ Carbapénémase ☐ Autres :
- ☐ CMI (précisez la ou les molécules à tester) :

Merci de joindre systématiquement les résultats de l'antibiogramme réalisé

☐ **AUTRES EXAMENS :**