

*Contacter le NARA pour accord avant envoi de toute souche ou demande.
 Souches accompagnées du formulaire à adresser au Pr. Patrice NORDMANN*

**COMPARAISON GENOTYPIQUE DE SOUCHES EXPRIMANT UN MECANISME
 DE RESISTANCE EMERGENT :**

1 – L'EXPEDITEUR

- Hôpital : -----
 - Laboratoire : -----
 - Nom, prénom : -----
 - **E-mail** : -----
 - Tél : -----
 - Adresse : -----

 - Date de l'envoi : -----

CADRE RESERVE AU NARA

- Date de réception : -----
 - Numéro soucier : -----

2 – LES SOUCHES

- **Votre identification bactérienne :**

- **Profil de résistance aux antibiotiques :**

Joindre les résultats de l'antibiogramme, et d'éventuels tests complémentaires réalisés.

N°	Votre réf.	Origine (patient, environnement)	Nom et prénom du patient	Initiales	Sexe	Date de naissance	NPA/ ville du domicile
1							
2							
3							
4							
5							
6							

N°	Nature du prélèvement	Date du prélèvement	Infection/ colonisation	Noso* Oui/Non	Unité
1					
2					
3					
4					
5					
6					

*Nosocomial si détecté ≥ 48h après admission

COMMENTAIRES :
