

**Centre National de Référence des Bactéries Anaérobies**  
**Réseau de Laboratoires experts *C. difficile***

**Laboratoire expert de :**

Indiquer le nom du laboratoire de votre région (voir liste jointe).

**FICHE D' ACCOMPAGNEMENT DE SOUCHE DE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE***  
isolée de forme sévère et/ou épidémique

**NB :** Les laboratoires experts n'effectuent pas le diagnostic courant des colites à *Clostridium difficile*.

Pour plus de renseignements, voir le site du CNR des Bactéries Anaérobies :

<http://www.pasteur.fr/sante/clre/cadrecnr/anaer/frame-anaer-activites.html#surveillance>

- Se reporter à l'avis du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins relatif à la maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements de santé français :

<http://nosobase.chu-lyon.fr/Actualites/annexeCTINILS.pdf>

<p><b>Patient :</b></p> <p>Nom (3 premières lettres) :</p> <p>Prénom (3 premières lettres) :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Sexe :</p> <p>Lieu d'hospitalisation du patient (établissement de santé et service) :</p> <p>Date de signalement au cclin et à la Ddass :</p>	<p><b>Renseignements cliniques</b> (A compléter obligatoirement) :</p> <p>Infection communautaire motivant l'hospitalisation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Transfert en réanimation pour infection à CD <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Décès lié à l'infection à CD dans les 30 jours <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Hyperleucocytose &gt;20 000/mm<sup>3</sup> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Traitement chirurgical de l'infection à CD <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Epidémie ou cas groupés d'infections à CD <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p><b>Prélèvement :</b></p> <p>N° d'identification du prélèvement :</p> <p>Date du prélèvement :</p> <p>Type de prélèvement (selles, biopsies, autre prélèvement digestif) :</p> <p>Date d'ensemencement du milieu expédié *:</p> <p>* Milieux recommandés : gélose profonde, boîte au sang sous sachet de type <i>Anaerogen Compact (Oxoid)</i>, <i>Anaerocult P (Merck)</i> ou système similaire, milieux pré-réduits.</p>	

Nom et coordonnées du biologiste :

Cachet du laboratoire expéditeur