



## Service des Bactéries Anaérobies et du Botulisme

### FICHE D'ACCOMPAGNEMENT DE PRELEVEMENT POUR LA RECHERCHE DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE

#### Informations patient

Nom.....	Externe.....
Prénom.....	Hospitalisé.....
Sexe.....	Structure hospitalière.....
Age.....	Service.....
	Date d'admission.....

Nom et N° téléphone du médecin à contacter.....

#### Prélèvement :

Type de prélèvement : Selles

Biopsie

Autres prélèvements (préciser).....

Recueil dans pot pour coproculture propre et sec,  
Transport à +4°C

Date de prélèvement : .....

#### Informations cliniques :

Date de début des signes...../...../.....

Récidive : oui  non

Si hospitalisé(e), préciser service occupé lors des premiers signes : .....

Diarrhées : oui  non  Nombre de selles/24H/..... Fièvre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) : oui  non

Douleurs abdominales : oui  non

Iléus : oui  non

Hyperleucocytose ( $\geq 20000$ ) : oui  non

Diagnostic endoscopique de colite pseudomembraneuse : oui  non

Diagnostic histo-pathologique de colite à *Clostridium difficile* : oui  non

Diagnostic clinique suspecté (préciser).....

Traitement : Vancomycine.....oui  non

Date de début :

Métronidazole..... oui  non

Durée du traitement :

Autres (préciser).....oui  non

Chirurgie (colectomie par ex).....oui  non

Evolution :  Favorable

Transfert en réanimation pour ICD

Classification :  cas simple

Décès dans les 30jours

cas sévère

Inconnue

#### Antécédents et facteurs de risque, dans les 30 jours précédant la date de début des signes

Antibiothérapie : oui  non  Si oui : durée..... quel ATB ?.....

Autres traitements : oui  non  Si oui : préciser.....

Proximité avec patient porteur de Cd : oui  non  même service  même chambre

Chirurgie gastro-intestinale : oui  non  Préparation colique : oui  non

Maladies associées : .....