



CERTIFICAT

B_{actérie} **M**_{ulti} **R**_{ésistante aux antibiotiques} – **B**_{actérie} **H**_{autement} **R**_{ésistante} **e**_{mergente}

Je soussigné(e) Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Certifie

- ne pas avoir été hospitalisé(e) dans l'année à l'étranger, si oui le signaler car un écouvillonnage rectal de dépistage des BHRé sera nécessaire.
- n'avoir jamais été porteur(se) dans le passé d'une BMR ou BHRé
- a été porteur(se) dans le passé d'une BMR ou BHRé :

Préciser le germe, la date du portage.....

- est actuellement porteur(se) d'une BMR ou BHRé : Compléter le tableau suivant :

<p>Date de prélèvement :/...../.....</p> <p style="text-align: center;">BMR</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Entérobactérie BLSE :<input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus R métricilline<input type="checkbox"/> Klebsiella pneumoniae I/R C3G non BLSE<input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa R ceftazidime<input type="checkbox"/> Enterococcus faecalis R glycopeptides<input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii R imipénème<input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus R glycopeptides <p style="text-align: center;">BHRé**</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Entérobactérie Carbapénémase<input type="checkbox"/> Entérocooccus faecium R glycopeptides <p>** Merci de nous faire parvenir les résultats des prélèvements rectaux</p>	<p style="text-align: center;">Type(s) de prélèvement</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Urines<input type="checkbox"/> Hémo-culture<input type="checkbox"/> Suppuration superficielle<input type="checkbox"/> Sphère génitale<input type="checkbox"/> Prélèvement pulmonaire<input type="checkbox"/> Prélèvement profond, préciser :<input type="checkbox"/> ORL, Ophtalmo<input type="checkbox"/> Selles<input type="checkbox"/> Cathéter<input type="checkbox"/> Autre :<input type="checkbox"/> Dépistage systématique de BMR/BHRé
--	---

Fait à, le.....

Signature médecin traitant :