



Déclaration MRSA d'acquisition communautaire

A remplir et à envoyer au service du médecin cantonal dans le délai d'une semaine.

Nom du laboratoire:

Patient: Nom: Prénom:
Date naissance: Sexe:
Numéro postal:

Médecin traitant: Nom: Prénom:
Adresse:

Prélèvement: Date:
Lieu et nature du prélèvement:

Renseignements cliniques et antécédents:

Antibiogramme:

Antibiotiques	R	S	I
Pénicilline			
Oxacilline			
Gentamicine			
Tétracyclines			
Erythromycine			
Clindamycine			
Rifampicine			
Ciprofloxacine			
Co-trimoxazole			
Acide fusidique			
Vancomycine			
Teicoplanine			
Mupirocine			

Toxine de Panton-Valentine

Recherchée : oui / non

Résultat : positif / négatif

Date et signature