



---

## 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**