



Fiche de renseignements : DEPISTAGE BMR

Code Permanent N° d'analyse

Nom : Prénom : Age :

Sexe : Externe Enceinte : Oui Non

Hospitalisé : Oui Non Hôpital / Service :

Profession : Adresse :

Motif du dépistage (cocher la case correspondante) :

*Professionnel *Pré-hospitalisation
*Voyage *Autres (préciser)

Nature du prélèvement : Date du prélèvement :

Recherches demandées :

EBLSE <input type="checkbox"/>	ABRI <input type="checkbox"/>	ERV <input type="checkbox"/>
SARM <input type="checkbox"/>	EPC <input type="checkbox"/>	PARC <input type="checkbox"/>
Autres (préciser) :		

Antécédents d'hospitalisation :

Antécédents d'antibiothérapie :

Signature du demandeur :