**C**ellule **R**égionale d’**E**pidémiologie géno**M**ique





de Normandie

 **Bon de demande de comparaison de souches**

**Cadre réservé à la CREM** :

Date de réception :

Demande saisie le :

VISA :

**Contact** :

Tel. (Secrétariat) :

Tel. : 02.31.06.48.51

Fax :

Courriel : **crem-norm@chu-caen.fr**

**Souche et bon à adresser** **à** :

Pr Simon Le Hello

Service microbiologie-Hygiène

UF 0358

CHU de Caen Normandie

Avenue Côte de Nacre

CS 30001

14033 Caen Cedex 9

**EXPEDITEUR :**

Etablissement : Date d’envoi :\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Adresse :

Nom, prénom du biologiste référent :

Courriel : Téléphone :

**Contexte de la demande de comparaison génomique :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Votre référence dossier** | **Espèce bactérienne****(joindre l’antibiogramme)** | **Patient****(Nom/Prénom/****date de naissance)** | **Service d’hospitalisation** | **Date d’isolement de la souche** | **Site d’isolement de la souche** | **N° TD NexLabs****(code 9NGS)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**PB-DAI-DE-178 V3**