

FICHE TRIMESTRIELLE DE COLLECTE DE DONNEES LABORATOIRE POUR LA RAM

I- IDENTIFICATION DU SITE

REGION SANITAIRE : _____
 DISTRICT SANITAIRE : _____
 NOM DU LABORATOIRE : _____

Domaine d'activité du Laboratoire

Santé Humaine	
Santé Animale	
Environnement	
Santé végétale	
CNR	

II- PERIODE DE RAPPORTAGE

ANNEE : /__/__/__/
 TRIMESTRE DE : _____

III- DONNEES

A- FONCTIONALITE DU LABORATOIRE

Le laboratoire réalise-t-il des tests de sensibilité aux antimicrobiens ? OUI NON Si oui ce laboratoire est-il enrôlé dans la surveillance des antimicrobiens ? OUI NON

B- RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE DÉTECTION DE LA RAM DANS LES LABORATOIRES DE SANTÉ HUMAINE, ANIMALE, ENVIRONNEMENTALE, AGROALIMENTAIRE (BACTÉRIE, VIRUS, PARASITE, CHAMPIGNON)

Donnée	EFFECTIF
Nombre de cas de RAM notifiés par le laboratoire	

C- RAPPORT DE TAUX RAM PAR MICRO-ORGANISME

#= nombre S = sensible I = intermédiaire R = résistant

Nom du microorganisme	Cotrim oxazole	Ciprofl oxacine	Levoflox acine	Ceftriaxo ne	Céfotax ime	Ceftazi dime	Céfepime	Imipénè me	Meropé nème	Ertapé nème	Colistine	Ampici lline	Céfoxitin e
<i>Acinetobacter baumannii</i>	# S												
	# I												
	# R												
<i>Escherichia coli</i>	# S												
	# I												
	# R												
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	# S												
	# I												
	# R												
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	# S												
	# I												
	# R												
<i>Salmonella SP</i>	# S												
	# I												
	# R												
<i>Staphylococcus aureus</i>	# S												
	# I												
	# R												

GESTION DU RAPPORT

RAPPORT ELABORE PAR : _____ : SIGNATURE : _____

RAPPORT VALIDE PAR : _____ : SIGNATURE : _____

DATE D'ELABORATION DU RAPPORT: /__/__/__- /__/__/__- /__/__/__ DATE DE TRANSMISSION DU RAPPORT: /__/__/__- /__/__/__- /__/__/__