

Centre National de Référence des IST bactériennes

<p><b>Tampon laboratoire (obligatoire)</b> <i>En son absence, l'analyse ne sera pas effectuée</i></p>	<p>Merci de coller l'étiquette patient</p>	<p>N° de venue <input type="text"/></p> <p>Date réception <input type="text"/> Heure <input type="text"/></p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Cadre réservé au CHU</p> <p style="text-align: center;">Étiquette CHU</p>
---	--	--

E-mail

## Chlamydia trachomatis

BGLGV : demande de diagnostic de lymphogranulomatose vénérienne

### Attention !

**Pour que l'échantillon positif à C. trachomatis soit analysé :**  
- Il doit contenir au minimum **350 µl de prélèvement** ou **25 µl d'extrait d'ADN**

### Conditions d'envoi :

Nous recommandons de conserver l'échantillon primaire ou l'extrait d'ADN à **4°C avant l'envoi**.

Les échantillons doivent être renvoyés **au plus tard 7 jours après la date de prélèvement**.

Envoyer l'échantillon à **température ambiante**.

### MERCI DE BIEN VOULOIR REMPLIR LES INFORMATIONS CI-DESSOUS.

**Après avoir imprimé et rempli cette fiche, merci de la joindre à votre envoi à l'adresse :**

Laboratoire de Bactériologie  
Professeur Cécile BEBEAR  
CHU de Bordeaux - Hôpital Pellegrin  
33076 BORDEAUX Cedex

Tél. : 05 57 82 16 77  
cnr.ist@chu-bordeaux.fr

Date d'envoi :  /  /

### Identification du patient

L'identification du patient doit être faite :

- soit par le code CeGIDD - soit par son nom et son prénom

Vous devez obligatoirement renseigner l'un des deux :

Code CeGIDD*	<input type="text"/>	Nom de jeune fille	<input type="text"/>
Nom *	<input type="text"/>	Sexe *	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Inconnu
Prénom *	<input type="text"/>	Code postal *	<input type="text"/>
Référence du laboratoire	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Statut VIH	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu		
PrEP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Symptômes anorectaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		

### Médecin ou service clinique prescripteur (obligatoire)

Nom	<input type="text"/>	Spécialité	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Courriel	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>

## Échantillon

Date de prélèvement \*  /  /  Heure de prélèvement  h

Site de prélèvement \*

<input type="checkbox"/> Anus/ Rectum	<input type="checkbox"/> Adénopathie	<input type="checkbox"/> Ulcération génitale	<input type="checkbox"/> Urine 1er jet	<input type="checkbox"/> Urètre	<input type="checkbox"/> Vagin
<input type="checkbox"/> Col	<input type="checkbox"/> Bouche / Pharynx	<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> Sang total	<input type="checkbox"/> Sérum	<input type="checkbox"/> Plasma
<input type="checkbox"/> Lésion cutanée	<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>				

Type d'échantillon \*

<input type="checkbox"/> Échantillon primaire (incluant les échantillons en tampon de lyse)	<input type="checkbox"/> Extrait d'ADN	<input type="checkbox"/> Milieu de culture
---	--	--

### Dans le cas d'un test d'amplification d'acides nucléiques (amplification positive obligatoire)

Résultats Valeur Ct, RLU ou autre

## Autre(s) IST concomitante(s)

<i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/> Uro-génital	<input type="checkbox"/> Gorge	<input type="checkbox"/> Anus	<b>Aucune IST associée</b>	<input type="checkbox"/>
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<input type="checkbox"/> Uro-génital	<input type="checkbox"/> Gorge	<input type="checkbox"/> Anus	Inconnu	<input type="checkbox"/>
<i>Mycoplasma genitalium</i>	<input type="checkbox"/> Uro-génital				
Syphilis active	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu		
Autre IST associée	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			

## Commentaires

### Autres informations

\* champs obligatoires