

Cadre réservé au CHU

N° de venue

Réception par

Date réception Heure

Étiquette CHU

Merci de coller l'étiquette patient

Merci d'aposer le tampon du laboratoire

E-mail

Mycoplasma genitalium

BGRPGx : demande de recherche de mutations associées à la résistance à la pristinamycine

Analyse réalisée uniquement après échec d'un traitement par moxifloxacine ou lors d'une contre-indication à l'utilisation de la moxifloxacine ou s'il s'agit d'une souche résistante aux macrolides et aux fluoroquinolones.

Attention ! Pour que l'échantillon soit analysé :

- Il doit être **positif à Mycoplasma genitalium par amplification génique**.
- Il doit s'agir d'un **échantillon primaire** (placé si besoin dans un milieu de transport universel) ou d'un extrait d'ADN dans un tube identifié.
- Il doit contenir au **minimum 350 µl de prélèvement ou 15 µl d'extrait d'ADN**.

Conditions d'envoi :

Nous recommandons de conserver l'échantillon primaire à **4°C avant l'envoi**. Les échantillons doivent être envoyés **au plus tard 7 jours après la date de prélèvement**. Envoyer l'échantillon à **température ambiante**. Le CNR met à disposition, selon

les règles de transport de matières biologiques de catégorie B, des sachets plastique hermétiques avec papier absorbant ainsi que des enveloppes T directement adressées au CNR.

Date d'envoi : / /

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

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*

Nom* Nom de jeune fille

Prénom* Sexe* M F T Inconnu

Référence du laboratoire Code postal*

Date de naissance / /

Statut VIH Positif Négatif Inconnu

Symptomatique Oui Non Inconnu

PrEP Oui Non Inconnu

Immunodéprimé Oui Non Inconnu

Si oui, nature immunodépression

Médecin ou service clinique prescripteur

Nom Spécialité

Adresse

Courriel Tél.

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

Traitement antibiotique

Traitement Oui Non Inconnu

Traitements antérieurs à cet épisode d'IST (instauré AVANT ce prélèvement) :

Azithromycine 1g Azithromycine 1,5g Doxycycline Moxifloxacine Ceftriaxone 500mg
 Benzathine benzylpénicilline Autre :

Traitements mise en place lors du prélèvement :

Azithromycine 1g Azithromycine 1,5g Doxycycline Moxifloxacine Ceftriaxone 500mg
 Benzathine benzylpénicilline Autre :

Renseignements complémentaires

Autres IST associées

| | | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|------------|--|------------------------------------|--|
| <i>Chlamydia trachomatis</i> | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu | HPV | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu | Hépatite B | <input type="checkbox"/> Aigüe | <input type="checkbox"/> Chronique | <input type="checkbox"/> Guérie |
| Syphilis <input type="checkbox"/> Active | <input type="checkbox"/> Cicatrice sérologique | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu | | <input type="checkbox"/> Immunité post-vaccinale | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <i>Mycoplasma genitalium</i> | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu | Hépatite C | <input type="checkbox"/> Aigüe | <input type="checkbox"/> Chronique | <input type="checkbox"/> Guérie |
| <i>Trichomonas vaginalis</i> | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu | | <input type="checkbox"/> Inconnu | <input type="checkbox"/> Négatif | |
| Herpès | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu | Hépatite A | <input type="checkbox"/> Aigüe | <input type="checkbox"/> Guérie | <input type="checkbox"/> Immunité post-vaccinale |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Inconnu | <input type="checkbox"/> Négatif | |

Commentaires

Autres informations

* champs obligatoires