



Cadre réservé au CNR	N° CNR	<input type="text"/>	Merci d'aposer le tampon du laboratoire	Merci de coller l'étiquette patient
	Réception par	<input type="text"/>		
	Date réception	<input type="text"/> Heure <input type="text"/>	Étiquette CNR	
E-mail		<input type="text"/>		

Mycoplasma hominis

BMYC : demande de culture d'antibiogramme (B40) de CMI

B40, gratuit si confirmation d'une PCR.

Attention !

Pour que l'échantillon soit analysé :

- Il doit s'agir d'un échantillon placé dans un milieu de transport conservé à +4°C dans un tube identifié
- Il doit contenir au minimum 250 µl d'échantillon

Conditions d'envoi : Envoyer l'échantillon en milieu de transport à +4°C.

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 :

CNR des IST bactériennes
Laboratoire de bactériologie
Professeur Cécile BEBEAR
CHU de Bordeaux – Hôpital Pellegrin
33076 BORDEAUX Cedex
cnr.ist@chu-bordeaux.fr

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.**

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"/> T <input type="checkbox"/> F
Prénom *	<input type="text"/>	Code postal *	<input type="text"/>
Référence du laboratoire	<input type="text"/>	Année de naissance	<input type="text"/>
Jour de naissance	<input type="text"/>	Mois de naissance	<input type="text"/>
Statut VIH	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	Si oui, nature immunodépression <input type="text"/>	
Symptomatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
PrEP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Immunodéprimé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		

Médecin ou service clinique prescripteur

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

Échantillon

Date de prélèvement * / / Heure de prélèvement h

Site de prélèvement * Anus / Rectum Adénopathie Ulcération génitale Urine 1er jet Urètre Vagin
 Col Bouche / Pharynx LCR Sang total Sérum Plasma
 Lésion cutanée Autre

Type d'échantillon * Échantillon primaire (incluant les échantillons en tampon de lyse) Extrait d'ADN 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 mis 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		
<i>Herpès</i>	<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