



Cadre réservé au CNR

N° CNR

Réception par

Date réception Heure

Étiquette CNR

Merci de coller l'étiquette patient

Merci d'aposer le tampon du laboratoire

E-mail

Ureaplasma spp.

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 +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 BEBFAR
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*

Nom*

Prénom*

Référence du laboratoire

Jour de naissance Mois de naissance

Statut VIH Positif Négatif Inconnu

Symptomatique Oui Non Inconnu

PrEP Oui Non Inconnu

Immunodéprimé Oui Non Inconnu

Nom de jeune fille

Sexe* M T F

Code postal*

Année de naissance

Si oui, nature immunodépression

Médecin ou service clinique prescripteur

Nom

Adresse

Courriel

Spécialité

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 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