Centre National de Référence des Campylobacters et des Hélicobacters

Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Pr P Lehours
Place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex
Tél. : 05 56 79 59 77 - Fax : 05 57 82 19 77
www.cnrch.fr

Feuille de renseignements devant accompagner chaque

RECHERCHE ANTIGENIQUE DE *HELICOBACTER PYLORI* DANS LES SELLES

LABORATOIRE EXPEDITEUR (adresse complète et lisible)

Nom complet ou **tampon lisible**

N° et Nom de rue

Code Postal et Ville

Téléphone

Nom du biologiste

Adresse électronique sécurisée (MSSanté)

INFORMATIONS PRELEVEMENT

Médecin prescripteur

Préleveur (nom, qualité)

Date et heure de prélèvement

……/……/ ……

à ……h……

TEMPERATURE DE TRANSPORT DES SELLES

☐ **+4°C** (si délai de transport < 24h) ☐ **-20°C** (si délai de transport ≥ 24h)

IDENTIFICATION DU PATIENT

Coller l'étiquette patient ici

Si sans étiquette, remplir ci-dessous

Nom du patient : ……

Prénom : ……

DN : ……. /……. /……..

Sexe : ☐ F ☐ M

Pays de naissance :

☐ France ☐ Autre ……

Si Autre : date d'entrée en France : …… /……

CONTEXTE CLINIQUE

- **Suspicion de manifestation post-infectieuse** **Oui** ☐ **Non** ☐

Si **oui**, laquelle :

Partie réservée à l' ABC
Code Enregistrement : BHPAG