Fiche de demande d'analyse

Centre National de Référence des IST bactériennes

Cadre réservé au CHU

N° de venue

Réception par

Date réception Heure

Étiquette CHU

Merci d'aposer le tampon du laboratoire

Merci de coller l'étiquette patient

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 *

Prénom *

Référence du laboratoire

Date de naissance / /

Nom de jeune fille

Sexe * ☐ M ☐ F ☐ T ☐ Inconnu

Code postal *

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

Adresse

Courriel

Spécialité

Tél.

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 mise en place lors du prélèvement :
- ☐ Azithromycine 1g
- ☐ Azithromycine 1,5g
- ☐ Doxycycline
- ☐ Moxifloxacine
- ☐ Ceftriaxone 500mg
- ☐ Benzathine benzylpénicilline
- ☐ Autre :

Renseignements complémentaires

Autres IST associées

Chlamydia trachomatis	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu	HPV	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu
Neisseria gonorrhoeae	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu	Hépatite B	☐ Aigüe	☐ Chronique	☐ Guérie
Syphilis ☐ Active	☐ Cicatrice sérologique	☐ Négatif	☐ Inconnu		☐ Immunité post-vaccinale	☐ Négatif	☐ Inconnu
Mycoplasma genitalium	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu	Hépatite C	☐ Aigüe	☐ Chronique	☐ Guérie
Trichomonas vaginalis	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu		☐ Inconnu	☐ Négatif	
Herpès	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu	Hépatite A	☐ Aigüe	☐ Guérie	☐ Immunité post-vaccinale
					☐ Inconnu	☐ Négatif	

Commentaires

Autres informations

* champs obligatoires