CNR des IST bactériennes

Fiche de demande d'analyse

Centre National de Référence des IST bactériennes

Cadre réservé au CNR

N°CNR

Réception par

Date réception Heure

Étiquette CNR

Merci d'aposer le tampon du laboratoire

Merci de coller l'étiquette patient

E-mail

Ureaplasma spp.

BGUUx : demande de PCR *Ureaplasma parvum* / *Ureaplasma urealyticum*

BHN250, gratuit si confirmation d'une culture ou d'une PCR 16S.

Attention ! Pour que l'échantillon soit analysé :
- Il doit s'agir d'un échantillons primaire (placé si besoin dans un milieu de transport universel).
- Il doit contenir au minimum 350 µl de prélèvement dans un tube identifié.

Conditions d'envoi : 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.

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*

Nom * Nom de jeune fille

Prénom * Sexe * ☐ M ☐ T ☐ F

Référence du laboratoire Code postal *

Jour de naissance Mois de naissance Année 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 *

☐ 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

Chlamydia trachomatis	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu
Neisseria gonorrhoeae	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu
Syphilis ☐ Active	☐ Cicatrice sérologique	☐ Négative	☐ Inconnu
Mycoplasma genitalium	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu
Trichomonas vaginalis	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu
Herpès	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu

HPV	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Inconnu
Hépatite B	☐ Aigüe	☐ Chronique	☐ Guérie
	☐ Immunité post-vaccinale	☐ Négatif	☐ Inconnu
Hépatite C	☐ Aigüe	☐ Chronique	☐ Guérie
	☐ Inconnu	☐ Négatif	
Hépatite A	☐ Aigüe	☐ Guérie	☐ Immunité post-vaccinale
	☐ Inconnu	☐ Négatif	

Commentaires

Autres informations

* champs obligatoires