

**Centre National de Référence
des Campylobacters et Helicobacters**
www.cnrch.f

FICHE DE RENSEIGNEMENTS : Biopsies <i>HELICOBACTER PYLORI</i>	
NOM	
PRENOM	
Sexe	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de Naissance	
PAYS NAISSANCE	
Date d'entrée en France	
TRAITEMENT ACTUEL PAR IPP	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Motif de l'endoscopie	
Aspect endoscopique	
TRAITEMENTS ANTERIEURS : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
1^{er} traitement DATE, NATURE ET DURÉE	
2^{ème} traitement DATE, NATURE ET DURÉE	
3^{ème} traitement DATE, NATURE ET DURÉE	

