

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



Fiche de renseignement devant accompagner chaque souche

LABORATOIRE (adresse complète et lisible du laboratoire expéditeur)

Nom complet ou <u>tampon lisible</u>
Nom du prescripteur :
N° et Nom de rue.....
Code Postal..... Ville.....
Téléphone : FAX :
Adresse électronique (E-mail) :

INFORMATIONS PATIENT

Etiquette patient
<i>Si pas d'étiquette, renseigner</i>
Nom
Prénom
Date de naissance
Sexe

Imprimable sur le site <https://www.cnrch.fr/> dans l'onglet « envois au CNRCH », « fiche de renseignement biopsies gastriques *H. pylori* » et joindre cette feuille à votre bon de demande

Ci-dessous en gras les renseignements indispensables à l'étude épidémiologique

PAYS DE NAISSANCE _____ Date d'entrée en FRANCE ___/___/___

TRAITEMENT ACTUEL PAR IPP : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>			
<u>Motif de l'endoscopie</u>			
<input type="checkbox"/> Douleurs épigastriques	<input type="checkbox"/> Autres signes de dyspepsie	<input type="checkbox"/> Reflux	<input type="checkbox"/> Anémie
<input type="checkbox"/> Bilan chirurgie bariatrique	<input type="checkbox"/> Antécédents de lésions préneoplasiques		
<input type="checkbox"/> Autre _____			
<u>Aspect endoscopique</u> (ou joindre compte-rendu)			
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Ulcère	
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Autre _____		

TRAITEMENTS ANTERIEURS anti <i>H. pylori</i> : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		
<u>1^{er} TRAITEMENT</u>	<u>2^{ème} TRAITEMENT</u>	<u>3^{ème} TRAITEMENT</u>
Date : ___/___/___	Date : ___/___/___	Date : ___/___/___
Nature : _____	Nature : _____	Nature : _____
Durée : _____	Durée : _____	Durée : _____