

# 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](http://www.cnrch.fr)



**Feuille de renseignements devant accompagner chaque biopsie**

**A joindre à l'ordonnance médecin et à vos documents de références pour l'envoi des résultats**

**LABORATOIRE (adresse complète et lisible du laboratoire expéditeur)**

Nom complet ou <b><u>tampon lisible</u></b> :
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/](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

**Présence d'une \* pour les renseignements indispensables à l'étude épidémiologique**

**PAYS DE NAISSANCE\*** \_\_\_\_\_ Date d'entrée en FRANCE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TRAITEMENT ACTUEL PAR IPP \*** : NON  OUI

### **Motif de l'endoscopie**

- |  |   |                                 |                                 |
|--|---|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Douleurs épigastriques        | <input type="checkbox"/> Autres signes de dyspepsie             | <input type="checkbox"/> Reflux | <input type="checkbox"/> Anémie |
| <input type="checkbox"/> Bilan chirurgical bariatrique | <input type="checkbox"/> Antécédents de lésions préneoplasiques |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> Autre _____                   |   |                                 |                                 |

### **Aspect endoscopique** (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 *H. pylori* \*** : NON  OUI

### **1<sup>er</sup> TRAITEMENT**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nature : \_\_\_\_\_  
Durée : \_\_\_\_\_

### **2<sup>ème</sup> TRAITEMENT**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nature : \_\_\_\_\_  
Durée : \_\_\_\_\_

### **3<sup>ème</sup> TRAITEMENT**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nature : \_\_\_\_\_  
Durée : \_\_\_\_\_