

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 BIOPSIE *H.pylori*

LABORATOIRE EXPEDITEUR (adresse complète et lisible)

ou tampon lisible :

N° et nom de rue :

Code Postal / Ville :

Téléphone / Fax :

Adresse électronique (E-mail) :

Informations prélèvement

Nom du prescripteur :

Nom et qualité du préleveur :

Date et heure du prélèvement :

INFORMATIONS PATIENT

Etiquette patient

Si pas d'étiquette, renseigner :

Nom

Prénom

Date de naissance

Sexe

Imprimable sur le site <https://www.cnrch.fr> dans l'onglet « analyses réalisées – envois au CNR », « fiche de renseignement H.pylori Biopsie ».

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 OUI

Motif de l'endoscopie

Douleurs épigastriques

Autres signes de dyspepsie

Reflux

Anémie

Bilan chirurgie bariatrique

Antécédents de lésions préneoplasiques

Autre _____

Aspect endoscopique (ou joindre compte-rendu)

Normal

Gastrite

Ulcère

Cancer

Autre _____

TRAITEMENTS ANTERIEURS anti *H. pylori* : NON OUI

1^{er} TRAITEMENT

Date : ___/___/___

Nature : _____

Durée : _____

2^{ème} TRAITEMENT

Date : ___/___/___

Nature : _____

Durée : _____

3^{ème} TRAITEMENT

Date : ___/___/___

Nature : _____

Durée : _____