

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 HELICOBACTER PYLORI

LABORATOIRE EXPEDITEUR (adresse complète et lisible)

Nom complet ou tampon lisible

N° et Nom de rue :

Code postal et ville :

Téléphone / FAX :

Adresse électronique (E-mail) :

Nom du prescripteur :

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 et envois », « fiche de renseignement *H. pylori souche* ».

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 _____

Antibiogramme : E-tests (mg/L)

Métronidazole S / R /
(S ≤ 8 ; R > 8)

Amoxicilline S / R /
(S ≤ 0,12 ; R > 0,12)

Clarithromycine S / R /
(S ≤ 0,5 ; R > 0,5)

Lévofloxacine S / R /
(S ≤ 1 ; R > 1)

Rifampicine S / R /
(S ≤ 4 ; R > 4)

Tétracycline S / R /
(S ≤ 1 ; R > 1)

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 :