

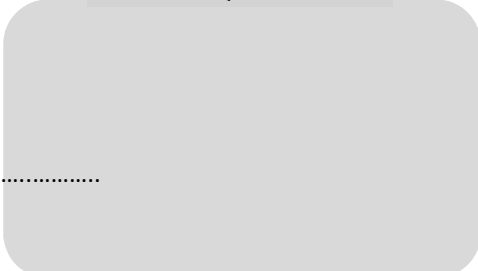
Centre National de Référence des Campylobacters et des Hélicobacters



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



Feuille de renseignements devant accompagner chaque BIOPSIE HELICOBACTER PYLORI

LABORATOIRE EXPEDITEUR (adresse complète et lisible) Nom complet ou tampon lisible N° et Nom de rue Code Postal et Ville Téléphone Nom du biologiste Adresse électronique sécurisée (MSSanté) 	INFORMATIONS PRELEVEMENT Médecin préleveur Date et heure de prélèvement/...../..... àh..... Origine du prélèvement <i>Si 1 tube portagerm</i> <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Antre <input type="checkbox"/> Fundus <input type="checkbox"/> Autre <i>Si 2 tubes portagerm</i> <input type="checkbox"/> 1=antre et 2=fundus	
IDENTIFICATION DU PATIENT <i>Si pas d'étiquette, renseigner ci-dessous</i> NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE/...../..... SEXE F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> PAYS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Autre Si Autre , Date d'entrée en France/...../.....	COLLER L'ETIQUETTE PATIENT 	Partie réservée à ABC - CNR Code Enregistrement : BIOHP (Culture + PCR)
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 chirurgie 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		
TRAITEMENT ACTUEL PAR IPP : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI TRAITEMENTS ANTERIEURS anti H. pylori : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		
1^{er} TRAITEMENT Date :/...../..... Nature : Durée :	2^{ème} TRAITEMENT Date :/...../..... Nature : Durée :	3^{ème} TRAITEMENT Date :/...../..... Nature : Durée :