

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 SOUCHE 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 de prélèvement
/...../.....

Origine du prélèvement

Estomac Antre Fundus
 Autre

IDENTIFICATION DU PATIENT*
Si pas d'étiquette, renseigner ci-dessous

NOM

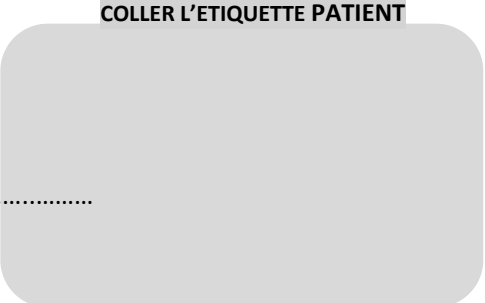
PRENOM

DATE DE NAISSANCE/...../.....

SEXE F M

PAYS DE NAISSANCE France Autre

Si **Autre**, Date d'entrée en France/...../.....



Partie réservée à ABC - CNR

Code Enregistrement :
BIOHS (Culture + PCR)

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	2^{ème} TRAITEMENT	3^{ème} TRAITEMENT
Date : ___/___/___	Date : ___/___/___	Date : ___/___/___
Nature :	Nature :	Nature :
Durée :	Durée :	Durée :