

# 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 DIAGNOSTIC SEROLOGIQUE DE *CAMPYLOBACTER JEJUNI*

### 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 prescripteur

Préleveur (nom, qualité)

Date et heure de prélèvement

...../...../.....

à .....h.....

### IDENTIFICATION DU PATIENT

*Si pas d'étiquette, renseigner ci-dessous*

COLLER L'ETIQUETTE PATIENT

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 :**

**BCJE**

### CONTEXTE CLINIQUE

- Suspicion de manifestation post-infectieuse Oui  Non

Si **oui**, laquelle :

Autres informations complémentaires :