

**Feuille de renseignements devant accompagner chaque SOUCHE HELICOBACTER non 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)

**Merci de NE PAS  
AGRAFER cette  
feuille et d'utiliser  
un STYLO NOIR**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

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

**NOM**

**PRENOM**

**DATE DE NAISSANCE** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SEXE** F /\_\_\_/ M /\_\_\_/

**COLLER L'ETIQUETTE PATIENT ET  
INDIQUER VOTRE N° DE DOSSIER**

*Partie réservée au CNR*

**CODE POSTAL DE RESIDENCE** /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

**Provenance**

Malade hospitalisé /...../      Malade ambulatoire /...../      Ne sait pas /...../

*Si hospitalisé, préciser : Privé /...../      Public /...../      Inconnu /...../*

→ **Renseignements cliniques (texte libre)**.....  
.....  
.....

→ **Nature du prélèvement**

Selles /...../      Hémoculture /...../      Autre, Préciser /...../

→ **Date du prélèvement** : ...../...../.....

**Résultats obtenus par le laboratoire expéditeur**

- **Espèce identifiée** :
- **Antibiogramme** : fournir une copie de votre résultat si disponible.