# *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

……/……/ ……

à ……h……

**Origine du prélèvement**

*Si 1 tube portagerm*

☐ Estomac ☐ Antre ☐ Fundus

☐ Autre ……

*Si 2 tubes portagerm*

☐ 1.Antre et 2.Fundus

**IDENTIFICATION DU PATIENT** **COLLER L'ETIQUETTE 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 :***
***BIOHP* (Culture + PCR)**

**MOTIF DE L'ENDOSCOPIE**

☐ Douleurs épigastriques ☐ Autres signes de dyspepsie ☐ Reflux ☐ Anémie
☐ Bilan chirurgie bariatrique ☐ Antécédents de lésions prénéoplasiques
☐ Autre ……

**ASPECT ENDOSCOPIQUE** (ou joindre compte-rendu)

☐ Normal ☐ Gastrite ☐ Ulcère ☐ Cancer
☐ Autre ……

**TRAITEMENT ACTUEL PAR IPP :** ☐ NON ☐ OUI

**TRAITEMENTS ANTERIEURS anti *H. pylori* :** ☐ NON ☐ OUI

| 1er TRAITEMENT | 2ème TRAITEMENT | 3ème TRAITEMENT |
|---|---|---|
| Date : ……/……/…… | Date : ……/……/…… | Date : ……/……/…… |
| Nature : | Nature : | Nature : |
| Durée : | Durée : | Durée : |

**Date d'application 03-2021 version 3**