

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 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

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

àh.....

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 :