

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

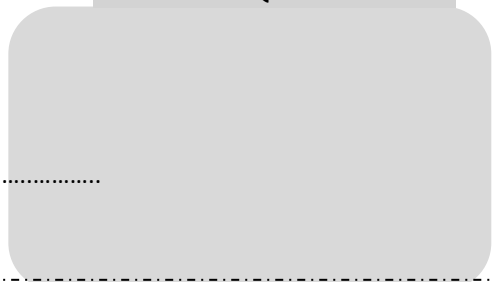
Estomac Antre Fundus

Autre

IDENTIFICATION DU PATIENT

Si pas d'étiquette, renseigner ci-dessous

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 :
BIOHS (Culture + PCR)

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)

TRAITEMENT ACTUEL PAR IPP : NON OUI

TRAITEMENTS ANTERIEURS anti *H. pylori* : NON OUI

1^{er} TRAITEMENT

Date :/...../.....

Nature :

Durée :

2^{ème} TRAITEMENT

Date :/...../.....

Nature :

Durée :

3^{ème} TRAITEMENT

Date :/...../.....

Nature :

Durée :