

# 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 extrait d'ADN *Helicobacter sp*

**ABC CHU Bordeaux : PAS D'ADMISSION – PAS D'ENREGISTREMENT GLIMS**  
TRANSMETTRE DIRECTEMENT AU CNRCH – Attention aux températures

## LABORATOIRE EXPEDITEUR

Nom complet ou tampon lisible

Adresse complète :  
(avec nom du service)

Téléphone :

Nom du biologiste :

Médecin Préleveur :

.....

Date et heure du Prélèvement :

Le ...../...../..... à .....H.....

## TEMPERATURE DE TRANSPORT A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT PAR L'EXPEDITEUR

+5°C     -20°C     Ambiante

## IDENTIFICATION DU PATIENT Si sans étiquette, remplir ci-dessous :

Coller l'étiquette  
patient ici

Nom du patient : .....

Prénom : .....

DN : ..... /..... /.....

Sexe :  F     M

Pays de naissance :

France     Autre

.....

Si Autre : Date d'entrée en  
France

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

## Extrait d'ADN *Helicobacter* -> Nature du prélèvement extrait :

- Biopsie gastrique :**  
     Antre seulement     Fundus seulement     Antre + Fundus
- Biopsie duodénale**
- Bloc FFPE :**  Estomac     Autre : .....
- Isolat bactérien**
- Autre :** .....

## PCR demandée (s) :

- identification genre ou espèce *Helicobacter*
- mutation dans ADN<sub>r</sub> 23S (résistance aux macrolides)
- mutation dans QRDR (résistance aux fluoroquinolones)
- mutation dans rpoB (résistance aux rifamycines)
- mutation dans ADN<sub>r</sub> 16S (résistance à la tétracycline)
- Autres (préciser) : .....

Joindre à votre envoi tout document utile.