

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 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/...../..... àH.....

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_r 23S (résistance aux macrolides)
- mutation dans QRDR (résistance aux fluoroquinolones)
- mutation dans rpoB (résistance aux rifamycines)
- mutation dans ADN_r 16S (résistance à la tétracycline)
- Autres (préciser) :

Joindre à votre envoi tout document utile.