

# 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 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

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

à .....h.....

### TEMPERATURE DE TRANSPORT DU SERUM (500 µL de serum)

**+4°C** (si délai de transport < 48h)

**-20°C** (si délai de transport ≥ 48h)

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Coller l'étiquette  
patient ici

Si sans étiquette, remplir ci-dessous

Nom du patient : .....

Prénom : .....

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

Sexe :  F  M

Pays de naissance :

France  Autre .....

Si Autre : date d'entrée en France ..... /.....

### CONTEXTE CLINIQUE

- Suspicion de manifestation post-infectieuse      Oui       Non

Si oui, laquelle :

Autres informations complémentaires :

Partie réservée à l'ABC  
Code Enregistrement : BCJE