

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 bloc FFPE pour recherche *Helicobacter sp*

Le CNR ne prend pas en charge les frais liés au désarchivage, à la sortie, au prêt ou à la mise à disposition des blocs FFPE ou de tout autre matériel transmis pour expertise.

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__
--	---

IDENTIFICATION DU PATIENT Coller l'étiquette patient ici	Si sans étiquette, remplir ci-dessous : Nom : Prénom : DN : __/__/____ Sexe : ☐ F ☐ M	Pays de naissance : ☐ France ☐ Autre <i>Si Autre, date d'entrée en France :</i> __/__/____
--	--	--

Bloc FFPE Localisation du prélèvement : ☐ Antre ☐ Fundus ☐ Estomac ☐ Duodénum ☐ Autre :	Si 2^{ème} Bloc : FFPE 2 Localisation du prélèvement : ☐ Antre ☐ Fundus ☐ Estomac ☐ Duodénum ☐ Autre :	Si 3^{ème} Bloc : FFPE 3 Localisation du prélèvement : ☐ Antre ☐ Fundus ☐ Estomac ☐ Duodénum ☐ Autre :	Partie réservée à l'ABC Coller l'étiquette SCAN ORDO Ici Code BGHPF (Origine « BioGast ») ABC : si 2 ou 3 blocs, enregistrer dans le même N° de dossier. Codes « BGHPF2, BGHPF3 »
--	---	---	--

TEMPERATURE DE TRANSPORT : Ambiante

TRAITEMENTS ANTERIEURS anti <i>H. pylori</i> : ☐ NON ☐ OUI		
1^{er} TRAITEMENT Date : __/__/____ Nature : Durée :	2^{ème} TRAITEMENT Date : __/__/____ Nature : Durée :	3^{ème} TRAITEMENT Date : __/__/____ Nature : Durée :
Joindre à l'envoi tout document utile ou la (les) lame(s) de coloration si disponible(s)		