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 BIOPSIE ou SOUCHE *HELICOBACTER PYLORI*

LABORATOIRE EXPEDITEUR

Nom complet **ou tampon lisible**
Adresse complète avec nom du service :

Téléphone :

Nom du biologiste :

Adresse électronique sécurisée (MSSanté)

Médecin Préleveur :
……

Date et heure de Prélèvement :

Le ……../……../…… à ……H…..

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 ……

Code Postal du patient : ……

BIOPSIE 1

Localisation du prélèvement :

☐ Antre ☐ Fundus

☐ Estomac ☐ Duodénum

☐ Autre :……

ABC : Code « *BIOHP* »
Origine « *BioGast* »

Si 2ème : BIOPSIE 2

Localisation du 2ème prélèvement :

☐ Antre ☐ Fundus ☐ Estomac

☐ Duodénum ☐ Autre : ……

Merci d'identifier les flacons avec leur localisation

ABC : enregistrer la 2ème biopsie
Dans le même N° de dossier.
Code « *BIOHP2* » / Origine « *BioGast* »

SOUCHE *H. pylori*

Localisation du prélèvement d'origine :

☐ Antre ☐ Fundus
☐ Estomac ☐ Duodénum

☐ Autre : ……

ABC : Code « *BIOHS* »
Origine « *BioGast* »

BIOPSIE (s) : TEMPERATURE DE TRANSPORT
A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

☐ **+5°C** ☐ **-20°C** ☐ **Kit Sarstedt T Ambiante en – de 24H**

Si la biopsie a été congelée indiquer la date de congélation : ……../……../……

SOUCHE *H. pylori*
TRANSPORT A TEMPERATURE AMBIANTE
Joindre vos résultats ATB

MOTIF DE L'ENDOSCOPIE :

☐ Douleurs épigastriques ☐ Autres signes de dyspepsie ☐ Reflux ☐ Anémie
☐ Bilan chirurgie bariatrique ☐ Antécédents de lésions prénéoplasiques
☐ Autre ……

ASPECT ENDOSCOPIQUE (ou joindre compte-rendu)

☐ Normal ☐ Gastrite ☐ Ulcère ☐ Cancer ☐ Autres ……

TRAITEMENT ACTUEL PAR IPP : ☐ NON ☐ OUI

TRAITEMENTS ANTERIEURS anti *H. pylori* : ☐ NON ☐ OUI

1er TRAITEMENT	2ème TRAITEMENT	3ème TRAITEMENT
Date : ……../……../……	Date : ……../……../……	Date : ……../……../……
Nature :	Nature :	Nature :
Durée :	Durée :	Durée :