

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*

<p>LABORATOIRE EXPEDITEUR</p> <p>Nom complet ou tampon lisible Adresse complète avec nom du service : Téléphone : Nom du biologiste : Adresse électronique sécurisée (MSSanté)</p>	<p>Médecin Préleveur :</p> <p>Date et heure de Prélèvement : Le/...../..... àH.....</p>
--	---

<p>IDENTIFICATION DU PATIENT</p> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; width: fit-content; margin: 10px auto;"> Coller l'étiquette patient ici </div>	<p>Si sans étiquette, remplir ci-dessous :</p> <p>Nom du patient : Pays de naissance : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Prénom : DN :/...../..... Code Postal du patient :</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p>
--	--

<p>BIOPSIE 1</p> <p>Localisation du prélèvement :</p> <p><input type="checkbox"/> Antre <input type="checkbox"/> Fundus <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Duodénum <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p style="text-align: center;">ABC : Code « BIOHP » Origine « BioGast »</p>	<p>Si 2^{ème} : BIOPSIE 2</p> <p>Localisation du 2^{ème} prélèvement :</p> <p><input type="checkbox"/> Antre <input type="checkbox"/> Fundus <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Duodénum <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p style="text-align: center;">Merci d'identifier les flacons avec leur localisation</p> <p style="text-align: center;">ABC : enregistrer la 2^{ème} biopsie Dans le même N° de dossier. Code « BIOHP2 » / Origine « BioGast »</p>	<p>SOUCHE <i>H. pylori</i></p> <p>Localisation du prélèvement d'origine :</p> <p><input type="checkbox"/> Antre <input type="checkbox"/> Fundus <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Duodénum <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p style="text-align: center;">ABC : Code « BIOHS » Origine : « SOUCHE » Localisation : « estomac »</p>
--	--	--

<p style="text-align: center;">BIOPSIE (s) : TEMPERATURE DE TRANSPORT A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT</p> <p><input type="checkbox"/> +5°C <input type="checkbox"/> -20°C <input type="checkbox"/> Kit Sarstedt T Ambiante en – de 24H</p> <p style="text-align: center;">Si la biopsie a été congelée indiquer la date de congélation :/...../.....</p>	<p style="text-align: center;">SOUCHE <i>H. pylori</i></p> <p style="text-align: center;">TRANSPORT A TEMPERATURE AMBIANTE Joindre vos résultats ATB</p>
--	---

<p>MOTIF DE L'ENDOSCOPIE :</p> <p><input type="checkbox"/> Douleurs épigastriques <input type="checkbox"/> Autres signes de dyspepsie <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Bilan chirurgie bariatrique <input type="checkbox"/> Antécédents de lésions préneoplasiques <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>ASPECT ENDOSCOPIQUE (ou joindre compte-rendu)</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Ulcère <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Autres</p>

<p>TRAITEMENT ACTUEL PAR IPP : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>TRAITEMENTS ANTERIEURS anti <i>H. pylori</i> : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>		
<p>1^{er} TRAITEMENT</p> <p>Date :/...../..... Nature : Durée :</p>	<p>2^{ème} TRAITEMENT</p> <p>Date :/...../..... Nature : Durée :</p>	<p>3^{ème} TRAITEMENT</p> <p>Date :/...../..... Nature : Durée :</p>