

Cadre réservé au CHU

N° de venue

Réception par

Date réception Heure

Étiquette CHU

Merci de coller l'étiquette patient

Merci d'aposer le tampon du laboratoire

E-mail

Chlamydia trachomatis

BGLGV : demande de diagnostic de lymphogranulomatose vénérienne

Attention !

Pour que l'échantillon positif à C. trachomatis soit analysé :
- Il doit contenir au minimum **350 µl de prélèvement** ou **25 µl d'extrait d'ADN**

Conditions d'envoi :

Nous recommandons de conserver l'échantillon primaire ou l'extrait d'ADN à **4°C avant l'envoi**.

Les échantillons doivent être renvoyés **au plus tard 7 jours après la date de prélèvement**.

Envoyer l'échantillon à **température ambiante**.

Date d'envoi : / /

MERCI DE BIEN VOULOIR REMPLIR LES INFORMATIONS CI-DESSOUS.

Après avoir imprimé et rempli cette fiche, merci de la joindre à votre envoi à l'adresse :

Laboratoire de Bactériologie
Professeur Cécile BEBEAR
CHU de Bordeaux - Hôpital Pellegrin
33076 BORDEAUX Cedex

Tél. : 05 57 82 16 77
cnr.ist@chu-bordeaux.fr

Identification du patient

L'identification du patient doit être faite :

- soit par le code CeGIDD - soit par son nom et son prénom

Vous devez obligatoirement renseigner l'un des deux :

Code CeGIDD*

Nom *

Prénom *

Référence du laboratoire

Date de naissance / /

Statut VIH Positif Négatif Inconnu

Symptomatique Oui Non Inconnu

PrEP Oui Non Inconnu

Immunodéprimé Oui Non Inconnu

Nom de jeune fille

Sexe * M F T Inconnu

Code postal *

Si oui, nature immunodépression

Médecin ou service clinique prescripteur

Nom

Adresse

Courriel

Spécialité

Tél.

Échantillon

Date de prélèvement * / / Heure de prélèvement h

Site de prélèvement *

<input type="checkbox"/> Anus/ Rectum	<input type="checkbox"/> Adénopathie	<input type="checkbox"/> Ulcération génitale	<input type="checkbox"/> Urine 1er jet	<input type="checkbox"/> Urètre	<input type="checkbox"/> Vagin
<input type="checkbox"/> Col	<input type="checkbox"/> Bouche / Pharynx	<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> Sang total	<input type="checkbox"/> Sérum	<input type="checkbox"/> Plasma
<input type="checkbox"/> Lésion cutanée	<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>				

Type d'échantillon *

<input type="checkbox"/> Échantillon primaire (incluant les échantillons en tampon de lyse)	<input type="checkbox"/> Extrait d'ADN	<input type="checkbox"/> Milieu de culture
---	--	--

Dans le cas d'un test d'amplification d'acides nucléiques (amplification positive obligatoire)

Résultats Valeur Ct, RLU ou autre

Traitement antibiotique

Traitement Oui Non Inconnu

Traitements antérieurs à cet épisode d'IST (instauré AVANT ce prélèvement) :

Azithromycine 1g Azithromycine 1,5g Doxycycline Moxifloxacine Ceftriaxone 500mg
 Benzathine benzylpénicilline Autre :

Traitements mise en place lors du prélèvement :

Azithromycine 1g Azithromycine 1,5g Doxycycline Moxifloxacine Ceftriaxone 500mg
 Benzathine benzylpénicilline Autre :

Renseignements complémentaires

Autres IST associées

<i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Inconnu	HPV	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Inconnu
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Inconnu	Hépatite B	<input type="checkbox"/> Aigüe	<input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Guérie
Syphilis <input type="checkbox"/> Active	<input type="checkbox"/> Cicatrice sérologique	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Inconnu		<input type="checkbox"/> Immunité post-vaccinale	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Inconnu
<i>Mycoplasma genitalium</i>	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Inconnu	Hépatite C	<input type="checkbox"/> Aigüe	<input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Guérie
<i>Trichomonas vaginalis</i>	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Inconnu		<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Négatif	
Herpès	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Inconnu	Hépatite A	<input type="checkbox"/> Aigüe	<input type="checkbox"/> Guérie	<input type="checkbox"/> Immunité post-vaccinale
					<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Négatif	

Commentaires

Autres informations

* champs obligatoires