



Cadre réservé au CNR

N°CNR

Réception par

Date réception Heure

Étiquette CNR

Merci de coller
l'étiquette
patient

Merci d'aposer le tampon du laboratoire

E-mail

N. gonorrhoeae (souche)

NGCMI : demande d'identification et antibiogramme par la détermination de CMI

Conditions d'envoi :

Récapitulatif des conditions d'envoi des échantillons :

Nature échantillon	Condition de transport	Température	Délai autorisé
Souche de gonocoque	PVX / VCAT sous CO2	Température ambiante	< 2 j

Les autres conditionnements (gélose profonde, bouillons, etc...) ne permettent pas le transport de gonocoques. Pour toutes les autres modalités de transport souhaitées, vous pouvez contacter le CNR sur la boîte cnr.ist.sls@aphp.fr

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 :

CNR des IST bactériennes
Service de Microbiologie
Unité fonctionnelle de Bactériologie
1 avenue Claude Vellefaux
75010 Paris
cnr.ist.sls@aphp.fr

Les souches viables seront réensemencées le jour de l'envoi de préférence sur gélose chocolat VCAT (à défaut sur gélose chocolat PolyViteX) et conditionné sous atmosphère CO2 (Gas-Pak CO2) pour le transport.

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*

Nom de jeune fille

Prénom*

Sexe* M T F

Référence du laboratoire

Code postal*

Jour de naissance Mois de naissance

Année de naissance*

Statut VIH Positif Négatif Inconnu

Symptomatique Oui Non Inconnu

PrEP Oui Non Inconnu

Immunodéprimé Oui Non Inconnu

Si oui, nature immunodépression

Médecin ou service clinique prescripteur

Nom

Spécialité

Adresse

Courriel

Tél

Échantillon

Date de prélèvement *

 / /

Heure de prélèvement

 h

Site de prélèvement *

- Anus / Rectum Adénopathie Ulcération génitale Urine 1er jet Urètre Vagin
 Col Bouche / Pharynx LCR Sang total Sérum Plasma
 Lésion cutanée Autre

Type d'échantillon *

- Échantillon primaire (incluant les échantillons en tampon de lyse) Extrait d'ADN 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 mis 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"/> Négative | <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 | | |

Précisions sur la demande d'analyse

CMI de ou des antibiotique(s) souhaité(s) Ceftriaxone Cefixime Tétracycline Azithromycine Gentamicine Ciprofloxacine

Commentaires

Autres informations

* champs obligatoires