



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 (prélèvement)***

NGID : demande de PCR d'identification ou confirmation de la présence de *N.gonorrhoeae* dans l'échantillon

**Conditions d'envoi :** Récapitulatif des conditions d'envoi des échantillons :

Nature échantillon	Conditions	Température	Délai autorisé	Pour toutes les autres modalités de transport souhaitées, vous pouvez contacter le CNR sur la boîte <a href="mailto:cnr.ist.sls@aphp.fr">cnr.ist.sls@aphp.fr</a> La recherche sera effectuée uniquement sur un échantillon préalablement positif en PCR.
Prélèvement clinique (urine, vaginal,...) en milieu de transport	Minimum 250 µl	Température ambiante	< 7 j	
Extrait d'ADN (pour l'envoi voir avec le CNR)	Minimum 50 µl (Bouchon à vis)	-20°C	< 2 j	

**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](mailto:cnr.ist.sls@aphp.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

Jour de naissance  Mois de naissance

Statut VIH  Positif  Négatif  Inconnu

Symptomatique  Oui  Non  Inconnu

PrEP  Oui  Non  Inconnu

Immunodéprimé  Oui  Non  Inconnu

Si oui, nature immunodépression

Nom de jeune fille

Sexe\*  M  T  F

Code postal\*

Année de naissance\*

### Médecin ou service clinique prescripteur

Nom

Adresse

Courriel

Spécialité

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                 |                                    |  |

## Commentaires

### Autres informations

\* champs obligatoires