



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

SYPHILIS

Demande d'analyse pour détection génomique de *Treponema pallidum* (PCR TP)

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 - Syphilis
Service de Dermatologie
Professeur Nicolas Dupin
Hôpital Cochin - Centre de Tri
27, rue du Faubourg St-Jacques
75014 Paris

Fax : 01 58 41 29 83
Tel : 01 44 41 25 60 / 01 58 41 18 49
<http://www.cnr-syphilis.fr>

cnr.ist.cch@aphp.fr

Conditions d'envoi :

Récapitulatif des conditions d'envoi des échantillons :

Nature échantillon	Température	Délai autorisé	Sous réserve	Rejet	
Écouvillon	Sec	Ambiante	10 j	> 10 jet < 15 j	> 15 j
	Milieu transport	4°C	< 2 j	> 2 jet < 4 j	> 5 j
Sang total	4°C	< 2 j	> 2 jet < 4 j	> 5 j	
Tout autre prélèvement	4°C	< 3 j	> 3 jet < 5 j	> 5 j	
	-20°C	> 7 j	/	/	

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

Nom de jeune fille

Sexe* M T F

Code postal*

Année de naissance

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 *

- 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 | | |
| <i>Herpès</i> | <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

Stockage *

- Température ambiante 4°C Congelé

Température d'envoi *

Autres renseignements

Suspicion de syphilis *

- Primaire Secondaire
 Neurosyphilis Syphilis neonatale

Commentaires

Sérologie sanguine

Résultat *

- Positif Négatif

Date *

TT (TPHA ou ELISA; titre) *

TNT (VDRL ou RPR; titre) *

Autre(s) sérologie(s) syphilitique(s) *

Commentaires

Autres informations

* champs obligatoires