



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

## Ureaplasma spp.

BMCMI : demande de détermination de CMI

B50 par antibiotique, gratuit si l'antibiogramme a déjà été réalisé et est joint à l'envoi.

### Attention !

**Pour que l'échantillon soit analysé :**

- Il doit s'agir d'une culture conservée +4°C

- Envoyer la souche dès le virage de l'indicateur coloré car les mycoplasmes urogénitaux meurent si l'incubation est prolongée

**Conditions d'envoi :** Envoyer la souche +4°C.

### 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  
Laboratoire de bactériologie  
Professeur Cécile BEBEAR  
CHU de Bordeaux - Hôpital Pellegrin  
33076 BORDEAUX Cedex  
cnr.ist@chu-bordeaux.fr

Nous recommandons de conserver l'échantillon primaire à 4°C avant l'envoi.

Les échantillons doivent être envoyés au plus tard, 7 jours après la date de prélèvement.

Date d'envoi :

### 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

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)    Tétracycline    Lévofloxacine    Moxifloxacine    Erythromycine    Clindamycine

## Commentaires

### Autres informations

\* champs obligatoires