



# Fiche de demande d'analyse

Centre National de Référence des IST bactériennes

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

## Chlamydia trachomatis

BGLGV : demande de diagnostic de lymphogranulomatose vénérienne pour la surveillance des anorectites

### Attention !

Pour que l'échantillon positif à *C. trachomatis* soit analysé :

- Pour le diagnostic de LGV, le patient doit répondre positivement à au moins un des deux critères suivants : statut VIH et/ou ayant des symptômes d'anorectite.
- Il doit contenir au minimum 250 µl de prélèvement ou 25 µl d'extrait d'ADN.

### Conditions d'envoi :

Envoyer l'échantillon à température ambiante. Le CNR met à disposition, selon les règles de transport de matières biologiques de catégorie B, des sachets plastique hermétiques avec papier absorbant ainsi que des enveloppes T directement adressées au CNR

### 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 ou l'extrait d'ADN 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

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                 |                                    |  |
| 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