

Cadre réservé au CHU

N° de venue

Réception par

Date réception  Heure

Étiquette CHU

Merci de coller l'étiquette patient

Merci d'aposer le tampon du laboratoire

E-mail

## *Mycoplasma genitalium*

BGRFG : demande de recherche de mutations associées à la résistance aux fluoroquinolones

Analyse réalisée uniquement après échec d'un traitement par macrolides ou s'il s'agit d'une souche résistante aux macrolides ou encore s'il s'agit d'une infection compliquée.

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

- Il doit être **positif à Mycoplasma genitalium par amplification génique**.
- Il doit s'agir d'un **échantillon primaire** (placé si besoin dans un milieu de transport universel) ou d'un extrait d'ADN dans un tube identifié.
- Il doit contenir au **minimum 350 µl de prélèvement ou 15 µl d'extrait d'ADN**.

**Conditions d'envoi :**

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**. 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.

Date d'envoi :  /  /

**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 :**

Laboratoire de Bactériologie  
Professeur Cécile BEBEAR  
CHU de Bordeaux – Hôpital Pellegrin  
33076 BORDEAUX Cedex

Tél. : 05 57 82 16 77  
cnr.ist@chu-bordeaux.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\*  Nom de jeune fille

Prénom\*  Sexe\*  M  F  T  Inconnu

Référence du laboratoire  Code postal\*

Date 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 \*

<input type="checkbox"/> Anus/ Rectum	<input type="checkbox"/> Adénopathie	<input type="checkbox"/> Ulcération génitale	<input type="checkbox"/> Urine 1er jet	<input type="checkbox"/> Urètre	<input type="checkbox"/> Vagin
<input type="checkbox"/> Col	<input type="checkbox"/> Bouche / Pharynx	<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> Sang total	<input type="checkbox"/> Sérum	<input type="checkbox"/> Plasma
<input type="checkbox"/> Lésion cutanée	<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>				

Type d'échantillon \*

<input type="checkbox"/> Échantillon primaire (incluant les échantillons en tampon de lyse)	<input type="checkbox"/> Extrait d'ADN	<input type="checkbox"/> 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 mise 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"/> Négatif	<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