



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 sérologie et/ou PCR sur LCR

### Attention !

**Pour que le LCR soit analysé :**

- Le patient doit avoir une sérologie syphilis positive dans le sérum
- Les précisions sur la demande d'analyse doivent être remplies intégralement
- Un volume de 300 microL est nécessaire pour la PCR et le VDRL
- La PCR et le VDRL sont réalisés systématiquement, remplir **UNIQUEMENT** le formulaire VDRL-LCR

### Conditions d'envoi :

Récapitulatif des conditions d'envoi des échantillons :

Nature échantillon	Température	Délai autorisé	Sous réserve	Rejet
LCR	4°C	< 7j	> 7 jet < 8j	> 9j
	-20°C	> 7j	/	/

### 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

cnr.ist.cch@aphp.fr

Tel : 01 44 41 25 60 / C

### 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  T  F

Référence du laboratoire  Code postal\*

Jour de naissance  Mois de naissance  Année 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 \*

- 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

*Chlamydia trachomatis*    Positif    Négatif    Inconnu

*Neisseria gonorrhoeae*    Positif    Négatif    Inconnu

Syphilis    Active    Cicatrice sérologique    Négative    Inconnu

*Mycoplasma genitalium*    Positif    Négatif    Inconnu

*Trichomonas vaginalis*    Positif    Négatif    Inconnu

*Herpès*    Positif    Négatif    Inconnu

HPV    Positif    Négatif    Inconnu

Hépatite B    Aigüe    Chronique    Guérie  
 Immunité post-vaccinale    Négatif    Inconnu

Hépatite C    Aigüe    Chronique    Guérie  
 Inconnu    Négatif

Hépatite A    Aigüe    Guérie    Immunité post-vaccinale  
 Inconnu    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

### Complément d'information indispensable pour toute prise en charge :

#### Clinique

Signes neurologiques \*    Non    Oui

Lesquels

Signes ophtalmologiques \*    Non    Oui

Lesquels

### Données du LCR

Nombre de cellules/mm<sup>3</sup> \*    <10    10 - 20    >20   Valeur

Hyperprotéinorachie \*    Non    Oui   Valeur

Hypoglycorachie \*    Non    Oui   Valeur

### 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