



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

#### 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
Sérum et plasma (échantillon décanté obligatoire)	4°C	< 7 j	> 7 j et < 8 j	> 9 j
	-20°C	> 7 j	/	/

#### 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

<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"/> 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 \*

Analyse demandée \*

- RPR/VDRL    ELISA/TPHA  
 WB IgG    WB IgM

### 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