Fiche de demande d'analyse

Centre National de Référence des IST bactériennes

Cadre réservé au CHU

N° de venue

Réception par

Date réception Heure

Étiquette CHU

Merci d'aposer le tampon du laboratoire

Merci de coller l'étiquette patient

E-mail

Dermatophilus congolensis cutané (souche)

DCTYP : demande d'identification, CMI et typage d'une souche de *D. congolensis*

Conditions d'envoi :
- Nature de l'échantillon : **souche de *D. congolensis***.
- Condition de transport : **gélose COS (à défaut PVX) sous CO_2**.
- Température : **température ambiante**.
- Délai autorisé : **moins de 2 jours**.

Les souches viables seront réensemencées le jour de l'envoi, de préférence sur gélose COS (à défaut sur une gélose PVX), et conditionnées sous atmosphère CO_2 (GasPak CO_2) pour le transport.

Autres modalités de transport :
Pour toute autre modalité de transport souhaitée, vous pouvez contacter le CNR par mail : **cnr.ist.sls@aphp.fr**.

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 :

Hôpital Saint-Louis, AP-HP
CNR des IST bactériennes
Service de Bactériologie-Hygiène
1 avenue Claude Vellefaux
75010 PARIS

cnr.ist.sls@aphp.fr

Identification du patient

L'identification du patient doit être faite (renseigner obligatoirement l'un des deux) :
- soit par le code CeGIDD ;
- soit par son nom et son prénom.

Code CeGIDD *

Nom *

Nom de jeune fille

Prénom *

Sexe * ☐ M ☐ F

Référence laboratoire

☐ Transgenre (☐ H → F ou ☐ F → H)

Date de naissance / /

☐ Autre

Médecin ou service clinique prescripteur

Nom / prénom du correspondant

Tél.

Adresse

Courriel

Service ☐ CeGIDD ☐ Maladies infectieuses ☐ Dermatologie ☐ Autre :

Antécédents

IST dans les 6 derniers mois ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez le(s) pathogène(s) ☐ *Treponema pallidum* ☐ *Neisseria gonorrhoeae* ☐ *Chlamydia trachomatis* ☐ *Trichomonas vaginalis*

Date / / ☐ *Mycoplasma genitalium* ☐ VHB ☐ HPV ☐ Mpox

☐ HSV ☐ VHC ☐ Autre :

Risque d'exposition

Contacts avec des cas connus de *D. congolensis* ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Contacts avec des animaux ☐ Aucun ☐ Chien ☐ Chat ☐ Cheval ☐ Bétail ☐ Autre

Profession exposée aux animaux ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Voyage à l'étranger dans les 3 mois ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez le ou les pays

Comportement sexuel

Orientation ☐ Hétérosexuel ☐ Homosexuel ☐ Bisexuel ☐ Inconnu

Partenaire régulier ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Nombre de partenaires 3 derniers mois 12 derniers mois

Lieux de rencontres / d'exposition ☐ Sex Club ☐ Sauna ☐ Hammam ☐ Cruising ☐ Piscine / Jacuzzi

☐ Salle de sport ☐ Backroom ☐ Inconnu ☐ Autre

Ville Dates estimées

Informations cliniques et échantillon

Date de prélèvement / / Date de début des lésions / /

Localisation des lésions ☐ Cuir chevelu ☐ Péribuccal ☐ Barbe ☐ Périnée ☐ Scrotum ☐ Autre

Type de lésions ☐ Folliculite superficielle ☐ Papules ☐ Pustules ☐ Plaques ☐ Croûtes ☐ Folliculite profonde

Diagnostic microbiologique

Identification ☐ MALDI-TOF ☐ Séquençage

IST concomitante ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, précisez le(s) pathogène(s) ☐ *Treponema pallidum* ☐ *Neisseria gonorrhoeae* ☐ *Chlamydia trachomatis* ☐ *Trichomonas vaginalis*

Date / / ☐ *Mycoplasma genitalium* ☐ VHB ☐ HPV ☐ Mpox

☐ HSV ☐ VHC ☐ Autre :

Surinfection bactérienne ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

☐ *Staphylococcus aureus* ☐ *Streptococcus pyogenes* ☐ Autres

Traitement

Mis en place **AVANT** diagnostic ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, molécule, posologie et durée du traitement

Mis en place **APRES** diagnostic ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, molécule, posologie et durée du traitement

Demande d'analyse

Identification	☐ Oui	☐ Non	
Antibiogramme	☐ CMI spécifique		
Séquençage haut débit (NGS)	*Le séquençage sera réalisé systématiquement.*		

Évolution clinique

Temps écoulé entre la 1re et la 2de consultation			
Guérison clinique	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu
Récidive / Réinfection	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu
Si oui, précisez la date et la localisation			

Commentaires

* champs obligatoires