

Centre National de Référence des Campylobacters et des Hélicobacters



Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Pr P Lehours
Place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex
Tél. : 05 56 79 59 77 - Fax : 05 57 82 19 77
www.cnrch.fr



Feuille de renseignements devant accompagner chaque DIAGNOSTIC SEROLOGIQUE DE *CAMPYLOBACTER JEJUNI*

LABORATOIRE EXPEDITEUR (adresse complète et lisible)

Nom complet ou **tampon lisible**

N° et Nom de rue

Code Postal et Ville

Téléphone

Nom du biologiste

Adresse électronique sécurisée (MSSanté)

INFORMATIONS PRELEVEMENT

Médecin prescripteur

Préleveur (nom, qualité)

Date et heure de prélèvement

...../...../

àh.....

TEMPERATURE DE TRANSPORT DU SERUM (500 µL de serum)

+4°C (si délai de transport < 24h)

-20°C (si délai de transport ≥ 24h)

IDENTIFICATION DU PATIENT

Coller l'étiquette
patient ici

Si sans étiquette, remplir ci-dessous

Nom du patient :

Prénom :

DN : /..... /.....

Sexe : F M

Pays de naissance :

France Autre

Si Autre : date d'entrée en France /.....

CONTEXTE CLINIQUE

- Suspicion de manifestation post-infectieuse Oui Non

Si oui, laquelle :

Autres informations complémentaires :

Partie réservée à l'ABC
Code Enregistrement : BCJE