

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 BIOPSIE ou SOUCHE *HELICOBACTER PYLORI*

<p>LABORATOIRE EXPEDITEUR</p> <p>Nom complet ou tampon lisible Adresse complète avec nom du service : Téléphone : Nom du biologiste : Adresse électronique sécurisée (MSSanté)</p>	<p>Médecin Préleveur :</p> <p>Date et heure de Prélèvement : Le/...../..... àH.....</p>
--	---

<p>IDENTIFICATION DU PATIENT</p> <div style="border: 1px solid #ccc; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> Coller l'étiquette patient ici </div>	<p>Si sans étiquette, remplir ci-dessous :</p> <p>Nom du patient :</p> <p>Prénom :</p> <p>DN : /..... /.....</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Pays de naissance : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Si Autre : Date d'entrée en France /..... /.....</p>
--	---

<p>BIOPSIE</p> <p>Localisation du prélèvement :</p> <p><input type="checkbox"/> Antre <input type="checkbox"/> Fundus <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Duodénum <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>ABC : Code « BIOHP » Origine « BioGast »</p>	<p>Si 2^{ème} BIOPSIE</p> <p>Localisation du 2^{ème} prélèvement :</p> <p><input type="checkbox"/> Antre <input type="checkbox"/> Fundus <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Duodénum <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Merci d'identifier les flacons avec leur localisation</p> <p>ABC : enregistrer la 2^{ème} biopsie dans le même N° de dossier. Code « BIOHP2 » / Origine « BioGast »</p>	<p>SOUCHE <i>H. pylori</i></p> <p>Localisation du prélèvement d'origine :</p> <p><input type="checkbox"/> Antre <input type="checkbox"/> Fundus <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Duodénum <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>ABC : Code « BIOHS » Origine « BioGast »</p>
---	--	---

<p>BIOPSIE (s) : TEMPERATURE DE TRANSPORT A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT</p> <p><input type="checkbox"/> +5°C <input type="checkbox"/> -20°C</p>	<p>SOUCHE <i>H. pylori</i> TRANSPORT A TEMPERATURE AMBIANTE Joindre vos résultats ATB</p>
---	--

MOTIF DE L'ENDOSCOPIE :

Douleurs épigastriques Autres signes de dyspepsie Reflux Anémie
 Bilan chirurgie bariatrique Antécédents de lésions préneoplasiques
 Autre

ASPECT ENDOSCOPIQUE (ou joindre compte-rendu)

Normal Gastrite Ulcère Cancer Autres

<p>TRAITEMENT ACTUEL PAR IPP : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>TRAITEMENTS ANTERIEURS anti <i>H. pylori</i> : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>		
<p>1^{er} TRAITEMENT</p> <p>Date :/...../.....</p> <p>Nature : Durée :</p>	<p>2^{ème} TRAITEMENT</p> <p>Date :/...../.....</p> <p>Nature : Durée :</p>	<p>3^{ème} TRAITEMENT</p> <p>Date :/...../.....</p> <p>Nature : Durée :</p>