

Fiche de demande de diagnostic de lymphogranulomatose vénérienne pour la surveillance des ano-rectites à *Chlamydia trachomatis*

AMPLIFICATION *C. TRACHOMATIS* POSITIVE OBLIGATOIRE

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom (ou étiquette) :

Prénom :

Date de Naissance :

Sexe : M ☐ F ☐ T ☐

Code postal :

* Statut VIH : Pos ☐ Neg ☐* Symptomatique : Oui ☐ Non ☐* PrEP : Oui ☐ Non ☐

* Si non renseigné, l'échantillon ne sera pas analysé

* Pour que l'échantillon soit analysé, le patient doit répondre positivement à au moins un des trois critères

PRESCRIPTEUR

Nom (ou cachet) :

Adresse :

Tel :

Courriel :

LABORATOIRE EXPEDITEUR

Nom (ou cachet) :

Adresse

Tel :

Fax :

Courriel :

Modalités de transmission des résultats : ☐ Fax ☐ Courriel ☐ Courrier postal

Nom du Biologiste responsable :

ECHANTILLON (Information obligatoire)

Date de prélèvement :

Site de prélèvement : ☐ Anus/Rectum ☐ Adénopathie ☐ Ulcération génitale ☐ Autre; préciser :Type d'échantillon : ☐ Échantillon primaire (incluant les échantillons en tampon de Lyse) ☐ Extrait d'Ac. NucléiquesRésultats *C. trachomatis* . Valeur Ct, RLU :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Autres IST associées :

- | | | | |
|-----------------------------------|--|--|---|
| • Sérologie <i>C. trachomatis</i> | ☐ Positif | ☐ Négatif | ☐ Inconnu |
| • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | ☐ Positif | ☐ Négatif | ☐ Inconnu |
| • Syphilis | ☐ Active | ☐ Cicatrice sérologique | ☐ Absence ☐ Inconnu |
| • Hépatite B | ☐ Aigüe | ☐ Chronique | ☐ Guérie ☐ Inconnu |
| | ☐ Immunité post-vaccinale | ☐ Négatif | ☐ Inconnu |

Autres infections :

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| • Hépatite C | | | |
| Anticorps anti-HCV | ☐ Positif | ☐ Négatif | ☐ Inconnu |
| • Hépatite A | | | |
| Anticorps anti-HAV totaux | ☐ Positif | ☐ Négatif | ☐ Immunité post-vaccinale ☐ Inconnu |

Joindre cette feuille de demande à l'échantillon et adresser l'envoi à:

CNR des IST bactériennes
Laboratoire de bactériologie
Professeur Cécile BEBEAR
CHU de Bordeaux – Hôpital Pellegrin
33076 BORDEAUX Cedex

Fax : 05 56 93 29 40
Tél : 05 57 57 16 25 / 05 57 57 56 37

<http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux.fr/>