

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

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom (ou étiquette) :

Prénom :

Date de Naissance :

Sexe : M F T Code postal :*PrEP: Oui Non *Symptomatique : Oui Non *Statut VIH : Pos Neg

* 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 : Echantillon primaire Extrait d'Ac. Nucléiques**Résultats *C. trachomatis* : Amplification positive.** Si PCR, valeur du cycle seuil:

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Autres IST associées :

- Sérologie *C. trachomatis* Positif Négatif Inconnu
- *Neisseria gonorrhoeae* 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

USC-EA 3671 IHMC

Université de Bordeaux-Campus Carreire

Zone Nord Bâtiment 2B 2^{ème} étage

146 rue Léo Saignat

33076 BORDEAUX CEDEX

Tél : 05 57 57 16 25 / 05 57 57 56 37

Fax : 05 56 93 29 40

<http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux2.fr/>