

Fiche de demande pour la recherche de mutations associées à la résistance aux macrolides et aux fluoroquinolones chez *Mycoplasma genitalium*

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom (ou étiquette) : PrEP : Oui Non
 Prénom : Symptomatique : Oui Non
 Date de Naissance :
 Sexe : M F
 Code postal :

LABORATOIRE EXPEDITEUR

Nom (hôpital, clinique ou autre):
 Nom du Biologiste responsable :
 Service :
 Adresse :
 Tel : Fax : Courriel :

DEMANDE D'ANALYSE

- BGRMG** : Recherche des mutations associées à la résistance aux macrolides
 BGFMG : Mutations associées à la résistance aux fluoroquinolones (**si échec de la moxifloxacine uniquement**)

ECHANTILLON Echantillon primaire uniquement (pas d'extrait d'ADN)

Date de prélèvement : Spécialité du service prescripteur :
 Site de prélèvement : Urine 1^{er} jet Ecouvillonnage urétral Ecouvillonnage vaginal
 Ecouvillonnage endocervical Anus/rectum Autre; préciser :

Résultats *M. genitalium* : Amplification positive obligatoire. Si PCR, valeur du cycle seuil:

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE (préciser molécule et posologie)

- Traitements antérieurs de cet épisode d'IST (instauré AVANT ce prélèvement):

- Azithromycine 1 g Azithromycine 1,5g/5 jours Doxycycline 200 mg 7 jours
 Moxifloxacine 400 mg 7/10 jours Autre, préciser :

- Traitement mis en place lors du prélèvement :

- Azithromycine 1 g Azithromycine 1,5g/5 jours Doxycycline 200 mg 7 jours
 Moxifloxacine 400 mg 7/10 jours Autre, préciser :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**VIH et autres IST associées :**

- | | | | |
|--------------------------------|--|--|---|
| • Statut VIH | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| • <i>C. trachomatis</i> | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| • Syphilis | <input type="checkbox"/> Active | <input type="checkbox"/> Cicatrice sérologique | <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Inconnu |
| • Hépatite B | <input type="checkbox"/> Aigüe | <input type="checkbox"/> Chronique | <input type="checkbox"/> Guérie <input type="checkbox"/> Inconnu |
| | <input type="checkbox"/> Immunité post-vaccinale | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| • Hépatite C | | | |
| Anticorps anti-HCV | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| • Hépatite A | | | |
| Anticorps anti-HAV totaux | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Immunité post-vaccinale <input type="checkbox"/> Inconnu |

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

CNR des IST bactériennes
Laboratoire de bactériologie
Centre Hospitalier Universitaire Pellegrin
Place Amélie Raba Léon
33000 BORDEAUX CEDEX

Tel : 05.57.57.16.25
Mail : cnr.ist@chu-bordeaux.fr