



Centre National de Référence des Mycobactéries et de la Résistance des Mycobactéries aux Antituberculeux

Laboratoire Coordinateur
CHU Pitié-Salpêtrière – Charles Foix
47-83 bd de l'Hôpital – 75651 Paris cedex 13
Tél. : 01.42.16.20.83 Fax : 01.42.16.21.27

Laboratoire Associé
UF Mycobactériologie spécialisée et de référence
Locaux IMEA, RDC Hôpital Bichat
46 rue Henri Huchard, 75018 Paris
Tél. : 01.40.25.70.48/89-28

E-mail : cnr.myctb.psl@aphp.fr
Site : cnrmyctb.free.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS A JOINDRE A TOUT ENVOI AU CNR

EXPEDITEUR	EXPEDITEUR (Tampon)	ZONE RESERVEE AU CNR
Nom Prénom		
Adresse		
tel fax		
e-mail		

Nom du médecin traitant : Tel :

Adresse :

Merci de joindre une copie du compte-rendu du Laboratoire

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE MALADE

NOM :	Prénom :	ETIQUETTE DU MALADE / n° dossier labo expéditeur :
Sexe : M – F	Date de Naissance :	
Pays de naissance :		
Date d'arrivée en France :		

MOTIF DE L'ENVOI (joindre courrier si besoin)

Identification <input type="checkbox"/> Au sein du complexe tuberculosi <input type="checkbox"/> Myc. atypique <input type="checkbox"/> Génotypage (« empreintes digitales génomiques ») (joindre un courrier pour préciser le contexte et les identités et dates de prélèvement des souches à comparer)	Antibiogramme phénotypique <input type="checkbox"/> Mtb multirésistant <input type="checkbox"/> Mtb R isoniazide <input type="checkbox"/> Mtb R autre (préciser) <input type="checkbox"/> Myc. atypique	Antibiogramme génotypique <input type="checkbox"/> Diagnostic moléculaire de la résistance à isoniazide/rifampicine <input type="checkbox"/> Diagnostic moléculaire de la résistance à autre antibiotique (préciser) : <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
---	--	---

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

Nature de l'envoi : souche prélèvement

- **Si souche :** Nature du prélèvement d'origine : Date : Microscopie : neg / pos (..... BAAR/champ)
 Date positivité culture : en milieu liquide (délai positivité : jours) / milieu solide (N colonies/tube)
 Identification et méthode(s) utilisée(s) :

- **Si prélèvement :** Nature : Date : Microscopie : neg / pos (..... BAAR/champ)
 Prélèvement, décontaminé : O / N Inactivé : O / N

Analyses déjà réalisées et résultats (cepheid, MTBDR,...) :

Antibiogramme et méthode utilisée :

Immunodépression : oui / non ; Nature (VIH,...) : Autre comorbidité (diabète, mucoviscidose ...) :

Traitement antimycobactérien actuel :

Si mycobactériose respiratoire, préciser 1) autres prélèvements positifs (nombre, dates, BAAR+, délai positivité, N colonies/tube) :

 2) signes respiratoires cliniques et radiologiques :

Antécédent de traitement de tuberculose ou de mycobactériose ou traitement antibiotique au long cours* : oui / non,
 si oui espèce :
 date : Localisation : Traitement :

***en cas d'absence de réponse à cette question, aucun antibiogramme ne sera réalisé.**

Date :

Nom :

Signature :

