

CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE POUR HELICOBACTER PYLORI

FORMULAIRE A RENVoyer AVEC L'ÉCHANTILLON AU CENTRE DE RÉFÉRENCE :

Prof. Dr. T.D. Huang

Laboratoire de Microbiologie, CHU UCL Namur, Avenue Dr. Gaston Therasse 1, 5530 Yvoir

Tél: 081-42 32 06 Fax: 081-42 32 04 Website: <http://www.cnrhgn.be/>

Email: hgn-montgodinne@chuucnamur.uclouvain.be

Les critères d'acceptation et de rejets d'envoi de souche sont disponibles sur le site internet.

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE SOUS-TRAITANT

Nom du responsable :

Nom du laboratoire :

Adresse (ou cachet) :

Code postal + localité :

Tél. : Fax :

Adresse Email:

Nom du médecin demandeur :

et N° INAMI :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom (initiales/autre code) :

Sexe : ☐ H ☐ F ☐ X

Date de naissance :

Code postal/Localité :

Nationalité :

N° registre national :

Nom de l'institution :

NATURE DE L'ÉCHANTILLON ET ANALYSES

Référence du prélèvement (labo sous-traitant):

Date du prélèvement :/...../.....

☐ **BIOPSIES** pour recherche de *H. pylori* et détermination de sensibilité aux antibiotiques par **PCR et/ou culture**:

!! Il est recommandé de réaliser les prélèvements **en dehors d'exposition** aux antibiotiques (min 4 semaines) et aux anti-acides (min 2 semaines) pour l'antibiogramme par culture. !!

Informations cliniques indispensables

☐ **BGAHP** Biopsies antrales } ☐ **BGAHP**

☐ **BGFHP** Biopsies fundiques

☐ **BGXHP**.....

SELLES pour recherche d'**antigènes** *H. pylori*.

CSEPYLOD ☐ Diagnostic initial

CSEPYLOS ☐ Suivi post-traitement (après arrêt de 4 semaines d'antibiotique et 2 semaines d'inhibiteurs de pompe à protons)

HPYL ☐ **SERUM** pour recherche d'**anticorps** à *H. pylori*.
(diagnostic initial si autres méthodes diagnostiques non réalisables : hors nomenclature 12€ à charge du patient)

BGXHP ☐ **SOUCHE** de *H. pylori*

☐ Confirmation d'identification de *H. pylori*.

☐ Détermination de la sensibilité aux antibiotiques.

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE RÉFÉRENCE

Date de réception :

INFORMATIONS CLINIQUES

RC1011 Motif d'endoscopie :

☐ Douleurs épigastriques

☐ Reflux

☐ Dyspepsie

☐ Traitement chronique AINS ou IPP

☐ Autre :

RC1012 Diagnostic endoscopique :

☐ Normal

☐ Gastrite

☐ Ulcère

☐ Métaplasie/néoplasie

☐ Atrophie

☐ Autre :

☐ **Antibiothérapie préalable :**

RC04 ☐ NON

RC106 ☐ OUI, arrêté depuis..... jours

RC05 ☐ OUI, actif

☐ **Anti-acide (IPP, anti-H2) préalable :**

RC107 ☐ NON

RC108 ☐ OUI, arrêté depuis..... jours

RC109 ☐ OUI, actif

☐ **Traitement d'éradication *H. pylori* antérieure :**

RC111 ☐ NON

RC112 ☐ OUI

RC114 Si OUI, nombre de cures administrés :

RC113 Si OUI, molécules utilisées si connues :

☐ Amoxicilline

☐ Clarithromycine

☐ Metronidazole

☐ Tetracycline

☐ Levofloxacin

☐ Association bismuth, metronidazole, tetracycline (Tryplera)

☐ Autre(s) :

AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES