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

**Laboratoire Coordinateur Laboratoire Associé**

**CHU Pitié-Salpêtrière – Charles Foix UF Mycobactériologie spécialisée et de référence**

**47-83 bd de l’Hôpital – 75651 Paris cedex 13 Locaux IMEA, RDC Hôpital Bichat**

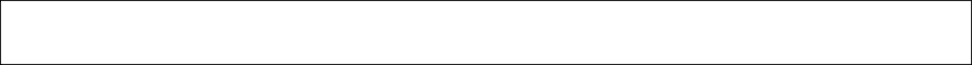
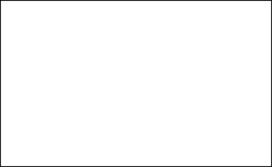
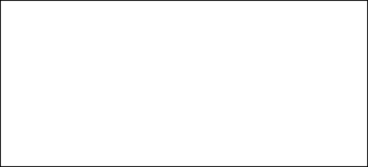
**Tél. : 01.42.16.20.83 Fax : 01.42.16.21.27 46 rue Henri Huchard, 75018 Paris**

**Tél. : 01.40.25.70.48/89-28**

**E-mail :** [**cnr.myctb.psl@aphp.fr**](mailto:cnr.myctb.psl@aphp.fr) **Site : cnrmyctb.free.fr**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS A JOINDRE A TOUT ENVOI AU CNR**

## EXPEDITEUR



Nom………………………..Prénom……………...

Adresse……………………………………………

……………………………...………………………. tel……………………..fax……………………… ... e-mail……………………………………………….

## EXPEDITEUR (Tampon)

**ZONE RESERVEE AU CNR**

Nom du médecin traitant : ……………………………………………Tel : ………………………………………………....................................

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## Merci de joindre une copie du compte-rendu du Laboratoire

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE MALADE**

Sexe : M – F Date de Naissance : ………………..

Pays de naissance : …………………………........................

Date d’arrivée en France :…………………………..

**ETIQUETTE DU MALADE / n° dossier labo expéditeur :**

NOM : ……………………….……..Prénom : ………………..

**MOTIF DE L’ENVOI (joindre courrier si besoin)**

**Identification Antibiogramme phénotypique Antibiogramme génotypique**

Au sein du complexe Mtb multirésistant Diagnostic moléculaire de la résistance à isoniazide/rifampicine tuberculosis Mtb R isoniazide Diagnostic moléculaire de la résistance à autre antibiotique

Myc. atypique Mtb R autre (préciser) (préciser) : …………………………………………………………………

Myc. atypique **Autre** (préciser) : ………………………

**Génotypage (« empreintes digitales génomiques »)** (joindre un courrier pour préciser le contexte et les identités et dates de prélèvement des souches à comparer) ………………………………………

**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 :**

**PXC-EN-188 v1 - 16.11.2020**