

# 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: [bgn-montgodinne@chuucnamur.uclouvain.be](mailto:bgn-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 }  **BGAFHP**

**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

Tétracycline

Levofloxacine

Association bismuth, metronidazole, tétracycline (Tryplera)

Autre(s) : .....

### AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES