

Cadre réservé au CNR

N°CNR

Réception par

Date réception Heure

Étiquette CNR

Merci de coller l'étiquette patient

Merci d'aposer le tampon du laboratoire

E-mail

SYPHILIS

Demande d'analyse pour sérologie

Attention !

Pour que le LCR soit analysé :

- Le patient doit avoir une sérologie syphilitique positive dans le sérum

- Les précisions sur la demande d'analyse doivent être remplies intégralement

- Un volume de 300 microL est nécessaire pour la PCR et le VDRL

- La PCR et le VDRL sont réalisés systématiquement, remplir **UNIQUEMENT** le formulaire VDRL-LCR

Conditions d'envoi :

Récapitulatif des conditions d'envoi des échantillons :

Nature échantillon	Température	Délai autorisé	Sous réserve	Rejet
Sérum et plasma (échantillon décanté obligatoire)	4°C	< 7 j	> 7 j et < 8 j	> 9 j
	-20°C	> 7 j	/	/

MERCI DE BIEN VOULOIR REMPLIR LES INFORMATIONS CI-DESSOUS.

Après avoir imprimé et rempli cette fiche, merci de la joindre à votre envoi à l'adresse :

CNR des IST bactériennes - Syphilis

Service de Dermatologie

Professeur Nicolas Dupin

Hôpital Cochin - Centre de Tri

27, rue du Faubourg St-Jacques

75014 Paris

cnr.ist.cch@aphp.fr

Tel : 01 44 41 25 60 / C

Identification du patient

L'identification du patient doit être faite :

- soit par le code CeGIDD - soit par son nom et son prénom

Vous devez obligatoirement renseigner l'un des deux :

Code CeGIDD*

Nom*

Nom de jeune fille

Prénom*

Sexe*

M

T

F

Référence du laboratoire

Code postal*

Jour de naissance

Mois de naissance

Année de naissance*

Statut VIH

Positif

Négatif

Inconnu

Symptomatique

Oui

Non

Inconnu

PrEP

Oui

Non

Inconnu

Immunodéprimé

Oui

Non

Inconnu

Si oui, nature immunodépression

Médecin ou service clinique prescripteur

Nom

Spécialité

Adresse

Courriel

Tél

Échantillon

Date de prélèvement *

 / /

Heure de prélèvement

 h

Site de prélèvement *

- Anus / Rectum Adénopathie Ulcération génitale Urine 1er jet Urètre Vagin
 Col Bouche / Pharynx LCR Sang total Sérum Plasma
 Lésion cutanée Autre

Type d'échantillon *

- Échantillon primaire (incluant les échantillons en tampon de lyse) Extrait d'ADN Milieu de culture

Dans le cas d'un test d'amplification d'acides nucléiques (amplification positive obligatoire)

Résultats

Valeur Ct, RLU
ou autre

Traitement antibiotique

Traitement

- Oui Non Inconnu

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

- Azithromycine 1g Azithromycine 1,5g Doxycycline Moxifloxacine Ceftriaxone 500mg
 Benzathine benzylpénicilline Autre

Traitements mis en place lors du prélèvement :

- Azithromycine 1g Azithromycine 1,5g Doxycycline Moxifloxacine Ceftriaxone 500mg
 Benzathine benzylpénicilline Autre

Renseignements complémentaires

Autres IST associées

- | | | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|------------|--|------------------------------------|--|
| <i>Chlamydia trachomatis</i> | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu | HPV | <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 | Hépatite B | <input type="checkbox"/> Aigüe | <input type="checkbox"/> Chronique | <input type="checkbox"/> Guérie |
| Syphilis | <input type="checkbox"/> Active | <input type="checkbox"/> Cicatrice sérologique | <input type="checkbox"/> Négative | | <input type="checkbox"/> Immunité post-vaccinale | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <i>Mycoplasma genitalium</i> | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu | Hépatite C | <input type="checkbox"/> Aigüe | <input type="checkbox"/> Chronique | <input type="checkbox"/> Guérie |
| <i>Trichomonas vaginalis</i> | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu | | <input type="checkbox"/> Inconnu | <input type="checkbox"/> Négatif | |
| <i>Herpès</i> | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Inconnu | Hépatite A | <input type="checkbox"/> Aigüe | <input type="checkbox"/> Guérie | <input type="checkbox"/> Immunité post-vaccinale |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Inconnu | <input type="checkbox"/> Négatif | |

Précisions sur la demande d'analyse

Stockage *

- Température ambiante 4°C Congelé

Température d'envoi *

Analyse demandée *

- RPR/VDRL ELISA/TPHA
 WB IgG WB IgM

Autres renseignements

Suspicion de syphilis *

- Primaire Secondaire
 Neurosyphilis Syphilis neonatale

Commentaires

Sérologie sanguine

Résultat *

- Positif Négatif

Date *

TT (TPHA ou ELISA; titre) *

TNT (VDRL ou RPR; titre) *

Autre(s) sérologie(s) syphilitique(s) *

Commentaires

Autres informations

* champs obligatoires