



# 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  
 E-mail : cnr.myctb@psl.aphp.fr

**Laboratoire Associé**  
 GH Saint-Louis, Lariboisière, F. Widal  
 2 rue Ambroise Paré – 75010 Paris  
 Tél. : 01.49.95.65.54

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

EXPEDITEUR	EXPEDITEUR (Tampon)	ZONE RESERVEE AU CNR
Nom ..... Prénom .....	GCS 16 - Laboratoire de biologie Médicale Rond Point de Girac CS 55015 - Saint Michel 16959 ANGOULEME CEDEX 9 Tel : 05.45.24.42.17 Fax : 05.45.24.42.69	
Adresse .....		
tel ..... fax .....		
e-mail .....		

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

Adresse : .....

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE MALADE

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : M – F      Date de Naissance : ..... Pays de naissance (indispensable pour surveillance épidémiologique) : ..... Date d'arrivée en France (si né à l'étranger) : .....	<b>ETIQUETTE DU MALADE</b>
---	----------------------------

## MOTIF DE L'ENVOI (joindre courrier si besoin)

<b>Identification</b> <input type="checkbox"/> Au sein du complexe tuberculosis <input type="checkbox"/> Myc. atypique	<b>Antibiogramme phénotypique</b> <input type="checkbox"/> Mtb multirésistant <input type="checkbox"/> Mtb R isoniazide <input type="checkbox"/> Mtb R autre (préciser) <input type="checkbox"/> Myc. atypique	<b>Antibiogramme génotypique</b> <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"/> <b>Génotypage (« empreintes digitales génomiques »)</b> <input type="checkbox"/> <b>Autre (préciser)</b> .....
---	--	---

## 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) / en milieu solide (N colonies/tube : .....)  
 Identification : .....

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

Antibiogramme : .....

Immunodépression : oui / non ; Nature : VIH (CD4 : .....), autre : ..... Autre comorbidité : .....

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 : .....

Si demande de génotypage, préciser identités et dates de prélèvement des souches à comparer (joindre un courrier pour préciser le contexte) : .....

Antécédent de traitement de tuberculose ou de mycobactériose : oui / non, si oui espèce : .....  
 date : ..... Localisation : ..... Traitement : .....

Date :                      Nom :                      Signature :