



# 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 .....		
Adresse .....		
tel ..... fax .....		
e-mail .....		

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

Adresse : .....

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE MALADE

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

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

<b>Identification</b>	<b>Antibiogramme phénotypique</b>	<b>Antibiogramme génotypique</b>
<input type="checkbox"/> Au sein du complexe tuberculosis	<input type="checkbox"/> Mtb multirésistant	<input type="checkbox"/> Diagnostic moléculaire de la résistance à isoniazide/rifampicine
<input type="checkbox"/> Myc. atypique	<input type="checkbox"/> Mtb R isoniazide	<input type="checkbox"/> Diagnostic moléculaire de la résistance à autre antibiotique (préciser) : .....
	<input type="checkbox"/> Mtb R autre (préciser)	
	<input type="checkbox"/> Myc. atypique	
<input type="checkbox"/> <b>Géotypage (« 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 géotypage, 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 :