

Fiche de demande pour la recherche de mutations associées à la résistance aux macrolides et aux fluoroquinolones chez *Mycoplasma genitalium*

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom (ou étiquette) :

PrEP : Oui Non

Prénom :

Symptomatique : Oui Non

Date de Naissance :

Sexe : M F

Code postal :

LABORATOIRE EXPEDITEUR

Nom (hôpital, clinique ou autre):

Nom du Biologiste responsable :

Service :

Adresse :

Tel :

Fax :

Courriel :

DEMANDE D'ANALYSE **BGRMG** : Recherche des mutations associées à la résistance aux macrolides **BGFMG** : Mutations associées à la résistance aux fluoroquinolones (**si échec de la moxifloxacine uniquement**)**ECHANTILLON** Echantillon primaire uniquement (pas d'extrait d'ADN)

Date de prélèvement :

Spécialité du service prescripteur :

Site de prélèvement : Urine 1^{er} jet Ecouvillonnage urétral Ecouvillonnage vaginal Ecouvillonnage endocervical Anus/rectum Autre; préciser :**Résultats *M. genitalium* : Amplification positive obligatoire.** Si PCR, valeur du cycle seuil:**TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE** (préciser molécule et posologie)

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

 Azithromycine 1 g Azithromycine 1,5g/5 jours Doxycycline 200 mg 7 jours Moxifloxacine 400 mg 7/10 jours Autre, préciser :

- Traitement mis en place lors du prélèvement :

 Azithromycine 1 g Azithromycine 1,5g/5 jours Doxycycline 200 mg 7 jours Moxifloxacine 400 mg 7/10 jours Autre, préciser :**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES****VIH et autres IST associées :**

• Statut VIH

 Positif Négatif Inconnu• *C. trachomatis* Positif Négatif Inconnu• *Neisseria gonorrhoeae* Positif Négatif Inconnu

• Syphilis

 Active Cicatrice sérologique Absence Inconnu

• Hépatite B

 Aigüe Chronique Guérie Immunité post-vaccinale Négatif Inconnu

• Hépatite C

Anticorps anti-HCV

 Positif Négatif Inconnu

• Hépatite A

Anticorps anti-HAV totaux

 Positif Négatif Immunité post-vaccinale Inconnu**Joindre cette feuille de demande à l'échantillon et adresser l'envoi à:****CNR des IST bactériennes****Laboratoire de bactériologie****Centre Hospitalier Universitaire Pellegrin****Place Amélie Raba Léon****33000 BORDEAUX CEDEX****Tel : 05.57.57.16.25****Mail : cnr.ist@chu-bordeaux.fr**