



# 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

**Laboratoire Associé**  
UF Mycobactériologie spécialisée et de référence  
Locaux IMEA, RDC Hôpital Bichat  
46 rue Henri Huchard, 75018 Paris  
Tél. : 01.40.25.70.48/89-28

E-mail : [cnr.myctb.psl@aphp.fr](mailto:cnr.myctb.psl@aphp.fr)  
Site : [cnrmyctb.free.fr](http://cnrmyctb.free.fr)

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

<b>EXPEDITEUR</b>	<b>EXPEDITEUR (Tampon)</b>	<b>ZONE RESERVEE AU CNR</b>
Nom ..... Prénom .....		
Adresse .....		
tel ..... fax .....		
e-mail .....		

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

Adresse : .....

**Merci de joindre une copie du compte-rendu du Laboratoire**

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE MALADE

NOM : .....	Prénom : .....	<b>ETIQUETTE DU MALADE / n° dossier labo expéditeur :</b>
Sexe : M – F	Date de Naissance : .....	
Pays de naissance : .....		
Date d'arrivée en France : .....		

### 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 tuberculosi	<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"/> <b>Génotypage (« empreintes digitales génomiques »)</b> (joindre un courrier pour préciser le contexte et les identités et dates de prélèvement des souches à comparer)	<input type="checkbox"/> Mtb R autre (préciser)	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b> (préciser) : .....
	<input type="checkbox"/> Myc. atypique	

### 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) / milieu solide (N colonies/tube .....)

Identification et méthode(s) utilisée(s) : .....

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

**Analyses déjà réalisées et résultats (cepheid, MTBDR,...) :** .....

**Antibiogramme et méthode utilisée :** .....

**Immunodépression :** oui / non ; Nature (VIH,...) : ..... Autre comorbidité (diabète, mucoviscidose ...) : .....

**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 : .....

**Antécédent de traitement de tuberculose ou de mycobactériose ou traitement antibiotique au long cours\* :** oui / non,  
**si oui** espèce : .....  
date : ..... Localisation : ..... Traitement : .....

**\*en cas d'absence de réponse à cette question, aucun antibiogramme ne sera réalisé.**

**Date :** ..... **Nom :** ..... **Signature :** .....

