



# 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

EXPEDITEUR	EXPEDITEUR (Tampon)	ZONE RESERVEE AU CNR
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 : ..... ETIQUETTE DU MALADE / n° dossier labo expéditeur : .....

Sexe : M – F      Date de Naissance : .....

Pays de naissance : .....

Date d'arrivée en France : .....

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

Identification	Antibiogramme phénotypique	Antibiogramme génotypique
<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"/> <b>Génotypage</b> (« empreintes digitales génomiques ») (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"/> Autre (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 : .....