



PR. JEAN-PHILIPPE LAVIGNE
 CNR DES BRUCELLA
 SERVICE DE MICROBIOLOGIE
 CHU CAREMEAU
 PLACE DU PR. ROBERT DEBRE
 30029 NIMES CEDEX 09
 EMAIL : cnr.bruceLLa@chu-nimes.fr

Fiche de demande d'analyse

- 1/ SE REFERER AUX MODALITES D'ENVOI PRESENTES SUR LE SITE, NOTAMMENT POUR LES SOUCHES
- 2/ PLACER CETTE FICHE REMPLIE PAR VOS SOINS DANS UNE ENVELOPPE A L'EXTERIEUR DU COLIS
- 3/ ENVOYER LE PRELEVEMENT ACCOMPAGNE DE CETTE FICHE A L'ADRESSE SUIVANTE :

COORDONNEES DU LABORATOIRE EXPEDITEUR

NOM : _____ PRENOM : _____
 LABORATOIRE : _____
 ADRESSE : _____
 CODE POSTAL : _____ VILLE : _____
 TELEPHONE : _____ FAX : _____
 EMAIL :@.....

INFORMATIONS PATIENT

NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : ... / ... / ...
 SEXE : HOMME FEMME

MEDECIN PRESCRIPTEUR

NOM : _____
 ADRESSE : _____
 TELEPHONE : _____
 EMAIL : _____

DONNEES CLINIQUES - FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIES

PROFESSION ET SECTEUR D'ACTIVITE : _____
 SEJOUR A L'ETRANGER OUI NON INCONNU PAYS : _____
 CONSOMMATION DE LAIT CRU OUI NON INCONNU
 CONSOMMATION DE FROMAGE FRAIS AU LAIT CRU OUI NON INCONNU
 CONSOMMATION DE VIANDE PEU CUITE OUI NON INCONNU
 TRAVAIL EN LABORATOIRE OUI NON INCONNU
 PRATIQUE DE LA CHASSE AUX GRANDS GIBIERS OUI NON INCONNU
 INFORMATIONS SUR LES COMORBIDITES DU CHASSEUR _____

TYPE D'ECHANTILLON ENVOYE

SEROLOGIE		DATE DU PREMIER PRELEVEMENT	DATE DU DEUXIEME PRELEVEMENT	TITRE DES ANTICORPS (UI)
SERUM	<input type="checkbox"/>	... / ... / / ... / ...	
LCR	<input type="checkbox"/>	... / ... / / ... / ...	
PRELEVEMENT		DATE DU PRELEVEMENT	TECHNIQUE DIAGNOSTIQUE DEMANDEE	
LCR	<input type="checkbox"/>	... / ... / ...	PCR BRUCELLA <input type="checkbox"/>	
SANG TOTAL	<input type="checkbox"/>	... / ... / ...	PCR BRUCELLA <input type="checkbox"/>	
LIQUIDE ARTICULAIRE	<input type="checkbox"/>	... / ... / ...	CULTURE <input type="checkbox"/>	PCR BRUCELLA <input type="checkbox"/>
BIOPSIE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OS	... / ... / ...	CULTURE <input type="checkbox"/>	PCR BRUCELLA <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> GANGLION	... / ... / ...	CULTURE <input type="checkbox"/>	PCR BRUCELLA <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> VERTEBRE	... / ... / ...	CULTURE <input type="checkbox"/>	PCR BRUCELLA <input type="checkbox"/>
	autre <input type="checkbox"/> (PRECISEZ) : / ... / ...	CULTURE <input type="checkbox"/>	PCR BRUCELLA <input type="checkbox"/>
SOUCHE BACTERIENNE		DATE D'ISOLEMENT	DIAGNOSTIC DEMANDE	
SUSPECTEE BRUCELLA	<input type="checkbox"/>	... / ... / ...	CONFIRMATION IDENTIFICATION <input type="checkbox"/>	
IDENTIFIEE BRUCELLA	<input type="checkbox"/>	... / ... / ...	CONFIRMATION IDENTIFICATION <input type="checkbox"/>	



Information devant être délivrée au patient par le laboratoire expéditeur:

LE CNR EST AMENE A UTILISER LES PRELEVEMENTS REÇUS A DES FINS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE, NOTAMMENT POUR L'AMELIORATION DES OUTILS DE DIAGNOSTIC DONT IL A LA CHARGE, AINSI QUE LES CONNAISSANCES SUR LE GERME RESPONSABLE DE LA BRUCELLOSE. CONFORMEMENT AU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 1211-2), LE PATIENT PEUT S'OPPOSER A LA REQUALIFICATION DE SES PRELEVEMENTS AU MOMENT DU RECUEIL.

NEANMOINS, LE CNR DES BRUCELLA N'ETANT PAS EN CONTACT AVEC LE PATIENT, LE LABORATOIRE EXPEDITEUR DOIT INFORMER LA PERSONNE SUR LAQUELLE A ETE OPERE LE PRELEVEMENT DE SON UTILISATION A D'AUTRES FINS. TOUTE OPPOSITION DOIT ETRE NOTEE DANS LE CADRE SUIVANT :

S'OPPOSE

A L'UTILISATION SECONDAIRE DE SON (SES) PRELEVEMENT(S) A DES FINS DE RECHERCHE SUR LA BRUCELLOSE ; POUR INFORMATION, AUCUNE RECHERCHE A CARACTERE GENETIQUE NE SERA PRATIQUEE SUR LES ECHANTILLONS REÇUS.

PATIENT(E) / REPRESENTANT(S) LEGAL (AUX) NON INFORME(S) MOTIF: _____