

**Demande d'analyse et fiche de renseignements  
pour une suspicion d'infection  
à *Chlamydia psittaci***

Cadre Réservé

Etiquette  
CHU Pellegrin

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom (ou étiquette) : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
Prénom : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**PRESCRIPTEUR**

Nom (ou cachet) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
  
Tel : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

**LABORATOIRE EXPEDITEUR**

Nom (ou cachet) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
  
Tel : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

**DEMANDE D'ANALYSE**

**Sérologie** : (Note pour CHU Pellegrin : Code d'enregistrement BCPS)

Date de prélèvement : \_\_\_\_\_  
S'agit-il du 1<sup>er</sup> sérum ?  Oui  Non  
S'agit-il du 2<sup>ème</sup> sérum ?  Oui  Non Si Oui, date du 1<sup>er</sup> sérum : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

**Recherche directe par PCR** : (Note pour CHU Pellegrin : Code d'enregistrement BGCS\*)

Date de prélèvement : \_\_\_\_\_  
Site de prélèvement\* :  Gorge  Expectoration  LBA  Autre ; préciser : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Date de début des symptômes : \_\_\_\_\_  
Pneumopathie :  Oui  Non  
Syndrome de détresse respiratoire aiguë :  Oui  Non  
Le patient est-il hospitalisé ? :  Oui  Non Si Oui, dans quel service : \_\_\_\_\_  
Evolution :  Favorable  En cours  Décès  
Antibiothérapie en cours :  Oui  Non Si Oui, quel(s) antibiotique(s) : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES**

Existe-t-il d'autres cas de pneumopathies dans l'entourage ?  Oui  Non  
Si Oui, préciser quel entourage : \_\_\_\_\_  
Le patient a-t-il été en contact, même de manière occasionnelle, avec des oiseaux pendant le mois précédant le début des symptômes :  Oui  Non  
Si Oui, préciser la ou les espèce(s) d'oiseaux : \_\_\_\_\_  
Profession du patient : \_\_\_\_\_

**Joindre cette feuille de renseignements cliniques à l'échantillon et adresser l'envoi à :**

**Dr Bertille de Barbeyrac**  
**Laboratoire de Bactériologie**  
**Hôpital Pellegrin**  
**Place Amélie Raba Léon**  
**33076 BORDEAUX CEDEX**

bertille.de-barbeyrac@u-bordeaux.fr  
Tél : 05 57 57 16 33 / 05 57 57 16 25  
<http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux2.fr/>