

Réservé au laboratoire NCC NCC{ATT} NCC{PDH} NCP NCP{ANC} NCI TSUPP **Vers. 26 - Ed. 09/23**

MICROBIOLOGIE (Recto) BA26/BA76

EXAMENS DEMANDES

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- URINES**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ecbu Mi-jet | <input type="checkbox"/> Ecbu Pyélique |
| <input type="checkbox"/> Ecbu Sur sonde | <input type="checkbox"/> Ecbu Vésicale / ponct. sus-pubienne |
| <input type="checkbox"/> Ecbu Collecteur | <input type="checkbox"/> Ecbu Bricker |
| <input type="checkbox"/> Legionella antigène soluble | <input type="checkbox"/> Ecbu Néphrostomie |
| <input type="checkbox"/> Cristallurie | <input type="checkbox"/> Pneumocoque antigène soluble |
| <input type="checkbox"/> BK | <input type="checkbox"/> Cytologie urinaire seule |
| <input type="checkbox"/> PCR Chlam.trachomatis / Gono. / Myco.genitalium / Tricho.vaginalis | <input type="checkbox"/> PCR Leptospire |

Renseignements obligatoires pour les analyses en rouge

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre > 38°C | <input type="checkbox"/> ECBU de contrôle après ATB |
| <input type="checkbox"/> Immunodépression, diabète | <input type="checkbox"/> Anomalie fonctionnelle/anatom. |
| <input type="checkbox"/> Bilan pré-opératoire | <input type="checkbox"/> Suspicion de sepsis sur SAD |
| <input type="checkbox"/> Brûlures mictionnelles | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Pneumopathie | <input type="checkbox"/> Atteinte hépatique |

- SELLES**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coproculture standard | <input type="checkbox"/> Lav endoscopie (Rech clost non réalisé) |
| <input type="checkbox"/> Rech de Clostridium diff. | <input type="checkbox"/> Rech. de sang |
| <input type="checkbox"/> Adénovirus-Rotavirus | <input type="checkbox"/> Norovirus |
| <input type="checkbox"/> Parasitologie standard | <input type="checkbox"/> Rech. d'Anguillules |
| <input type="checkbox"/> Rech. de Cryptosporidies | <input type="checkbox"/> Rech. de Microsporidies |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Notion de cas groupés |
| <input type="checkbox"/> Immunodépression | <input type="checkbox"/> Voyage récent |
| <input type="checkbox"/> S.H.U. | <input type="checkbox"/> Contexte pseudo-appendiculaire |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée post-antibiotique | |
| <input type="checkbox"/> Notion de voyage et date | |
| <input type="checkbox"/> Contexte clinique : | |

- BIOPSIES DIGESTIVES**
- | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Bactéri. | PCR CMV | Parasitologie | Héli-Kit | H.Pylori |
| Gastrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duodénum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Colique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Rectale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

- OBLIGATOIRES**
- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Contexte clinique : | |
| <input type="checkbox"/> Hosp. ou soins à l'étranger (Recherche de carbapénèmes) | |
| <input type="checkbox"/> Contact avec port. d'entérobac. productrices de carbapénèmes | |

- RECHERCHE DE BMR - EPIDEMIOLOGIE**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nez portage S.aureus | <input type="checkbox"/> Nez SARM |
| <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Escarre |
| <input type="checkbox"/> Ecouvillon rectal (BMR standard) | <input type="checkbox"/> Ecouvillon rectal (carbapénèmes) |

- OBLIGATOIRES**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hosp. ou soins à l'étranger (Recherche de carbapénèmes) | |
| <input type="checkbox"/> Contact avec port. d'entérobac. productrices de carbapénèmes | |

- PRELEVEMENTS SPHERE GENitale**
- | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Bactéri. | PCR Multi.** | Mycopl. C | Herp |
| Prél. vaginal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prél. vaginal StreptB | <input type="checkbox"/> | | | |
| Prél. endocol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Prél. uréthral homme | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Prél. anal | <input type="checkbox"/> | | | |
| Stérilet | <input type="checkbox"/> | | | |

- ** PCR Multi : Chlamydia trachomatis / Gonocoque / Mycoplasma genitalium / Trichomonas vaginalis.**
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Suivi de grossesse |
| <input type="checkbox"/> Mycose récidivante |
| <input type="checkbox"/> Signes cliniques évocateurs de gonococcie |
| <input type="checkbox"/> Autres : |

Antibiothérapie NON OUI, préciser l'ATB :

UTILISER UNE CARTE PAR PRELEVEMENT - Verso, T.S.V.P.

Prescripteur :

Préleveur :

DATE / / HEURE :

ETIQUETTE PATIENT

Nom usuel :
Prénom :
Né(e) le : Sexe:
Nom naissance :
N° IPP :
N° Séjour :

ETIQUETTE SERVICE

Code UF :
Service :

ETIQUETTE

LABORATOIRE

(Réservé laboratoire)



EXAMENS DEMANDES	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES																																				
<p>NOUVEAU-NE</p> <p><input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Oeil Virologie <input type="checkbox"/> Oeil Chlamydia trac. <input type="checkbox"/> Liquide gastrique (site du Haut-Bugey) <input type="checkbox"/> Lait maternel <input type="checkbox"/> Urine virologie (CMV) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Salive Virologie (CMV)</p>	<p><input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Portage streptoB positif chez la mère</p>																																				
<p>PRELEVEMENTS RESPIRATOIRES</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Bact.</td> <td>BK</td> <td>Legionella</td> <td>Pneumocystis</td> <td>Mycologie</td> </tr> <tr> <td>Expecto.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asp. traché.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asp. bronch.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>LBA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rech.spécifiques</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> CMV</td> <td><input type="checkbox"/> Nocardia</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Actinomyces</td> </tr> </table>		Bact.	BK	Legionella	Pneumocystis	Mycologie	Expecto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asp. traché.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asp. bronch.	<input type="checkbox"/>	LBA	<input type="checkbox"/>	Rech.spécifiques	<input type="checkbox"/> CMV		<input type="checkbox"/> Nocardia	<input type="checkbox"/> Actinomyces		<p><input type="checkbox"/> Immunodépression <input type="checkbox"/> Pneumopathie communautaire <input type="checkbox"/> Pneumopathie nosocomiale <input type="checkbox"/> Pneumopathie d'inhalation <input type="checkbox"/> Excacerbation bronchite chronique</p>								
	Bact.	BK	Legionella	Pneumocystis	Mycologie																																
Expecto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Asp. traché.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Asp. bronch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
LBA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Rech.spécifiques	<input type="checkbox"/> CMV		<input type="checkbox"/> Nocardia	<input type="checkbox"/> Actinomyces																																	
<p>ORL-OPH</p> <p>Gorge <input type="checkbox"/> Bactéri <input type="checkbox"/> Gonocoque <input type="checkbox"/> rech. Angine Vincent <input type="checkbox"/> Phlegmon d'amygdale <input type="checkbox"/> PCR Chlamydia/Gonocoque</p> <p><input type="checkbox"/> Sinus G <input type="checkbox"/> Oeil G <input type="checkbox"/> Oreille G <input type="checkbox"/> Sinus D <input type="checkbox"/> Oeil D <input type="checkbox"/> Oreille D <input type="checkbox"/> Sinus mycologie <input type="checkbox"/> Oeil mycologie <input type="checkbox"/> Oreille mycologie</p> <p>Nez (écouvillon) <input type="checkbox"/> Grippe <input type="checkbox"/> VRS PCR Coqueluche <input type="checkbox"/> Ecouvillonnage <input type="checkbox"/> Aspiration nasopharyngée</p>	<p><input type="checkbox"/> Angine strepto-nécrotique <input type="checkbox"/> Angine de Vincent <input type="checkbox"/> Angine récidivante <input type="checkbox"/> Angine à fausse membrane <input type="checkbox"/> Candidose oropharyngée, immunodépression</p> <p>(Toux depuis < 3 semaines et vaccination depuis + de 3 ans) Joindre demande de renseignements biomnis OBLIGATOIRE</p>																																				
<p>MYCOLOGIE - CANDIDOSE</p> <p><input type="checkbox"/> Peau <input type="checkbox"/> Cheveux <input type="checkbox"/> Ongles <input type="checkbox"/> Langue candida <input type="checkbox"/> Bouche Candida <input type="checkbox"/> Linge de conserv. d'organe</p>	<p>Source possible de contamination : Origine géographique : OBLIGATOIRE</p>																																				
<p>PRELEVEMENTS SUPERFICIELS</p> <p><input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Cicatrice <input type="checkbox"/> Abscesses <input type="checkbox"/> Furoncle <input type="checkbox"/> Erysipèle <input type="checkbox"/> Phlyctène (logue) <input type="checkbox"/> Morsure <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Varis <input type="checkbox"/> Herpès (vésicules) <input type="checkbox"/> Morsure plantaire <input type="checkbox"/> Pied diabétique</p>	<p>Site de plaie : Site de prélèvement : (à préciser pour les plaies, les cicatrices et pus)</p>																																				
<p>PRELEVEMENTS PROFONDS (autres que osseux et articulai)</p> <p><input type="checkbox"/> Tissu <input type="checkbox"/> Abscess/Pus <input type="checkbox"/> Matériel chirurgical <input type="checkbox"/> Appendice <input type="checkbox"/> Lymphocèle <input type="checkbox"/> Hématome <input type="checkbox"/> Anévrisme <input type="checkbox"/> Kyste <input type="checkbox"/> Kyste hydatique (examen direct) pièce opé. <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Biopsie <input type="checkbox"/> BK Ganglion <input type="checkbox"/> Bactéri <input type="checkbox"/> BK</p> <p>PVT osseux, péri-osseux et articulaires</p> <p><input type="checkbox"/> Os <input type="checkbox"/> Tissu <input type="checkbox"/> Abscess/Pus <input type="checkbox"/> Matériel Liquide articulaire* <input type="checkbox"/> Bactéri <input type="checkbox"/> BK</p>	<p>OBLIGATOIRE</p> <p>Site de prélèvement ou type de matériel (à préciser obligatoirement) : </p> <p>Renseignements infection ostéo-articulaire : <input type="checkbox"/> Infection aiguë <input type="checkbox"/> Infection chronique <input type="checkbox"/> Infection sur prothèse <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique <input type="checkbox"/> Ostéite patient diabétique <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>* Si volume suffisant, associer des flacons d'hémoculture</p>																																				
<p>LIQUIDES DE PONCTION (autre qu'articulaire)</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Bact</td> <td>BK</td> <td></td> <td>Bact</td> </tr> <tr> <td>Ascite *</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Liq de dialyse péritonéale</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pleural *</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Liq de conservation d'organe</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Péricardique *</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Péritonéal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sang/moëlle**</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Bact	BK		Bact	Ascite *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liq de dialyse péritonéale	<input type="checkbox"/>	Pleural *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liq de conservation d'organe	<input type="checkbox"/>	Péricardique *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Péritonéal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Sang/moëlle**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<p>Contexte clinique :</p> <p>..... </p> <p>* Si volume suffisant, associer des flacons d'hémoculture</p> <p>** Tube hépariné sans gel et tube EDTA</p>						
	Bact	BK		Bact																																	
Ascite *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liq de dialyse péritonéale	<input type="checkbox"/>																																	
Pleural *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liq de conservation d'organe	<input type="checkbox"/>																																	
Péricardique *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Péritonéal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Sang/moëlle**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
<p>CATHETERS-DRAINAGE</p> <p><input type="checkbox"/> Cathéter <input type="checkbox"/> Chamb. implantable <input type="checkbox"/> Orifice cathéter (dialyse) <input type="checkbox"/> Liq. de drainage <input type="checkbox"/> Liq. de redon <input type="checkbox"/> Drain <input type="checkbox"/> Voie Veineuse cent <input type="checkbox"/> Voie Veineuse périph</p>	<p>Type de cathéter <input type="checkbox"/> Scheldon <input type="checkbox"/> Picc-Line <input type="checkbox"/> KT Dialyse <input type="checkbox"/> KT Fémoral <input type="checkbox"/> KT Chambre implantable</p>																																				
<p>AUTRES EXAMENS ou RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES</p>																																					