



# Pôle de Montmorillon

Nom du prescripteur : ..... Prélèvement du ..... / ..... / ..... à ..... h .....

Signature : ..... Par .....

Pour plus de précisions, consultez INTRANET / Accès immédiat / Examens / Analyses biologiques

MICROBIOLOGIE		
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES		
Température : ..... °C    Traitement ATB : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui .....		
Renseignements cliniques : .....		
RECHERCHE PARTICULIERE : .....		
HEMOCULTURE	SPHERE GENITALE	PUS, LESIONS CUTANEEES ET BIOPSIES
<input type="checkbox"/> Périphérique <input type="checkbox"/> Sur cathéter <b>CATHETERS- MATERIEL</b> <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Périphérique <input type="checkbox"/> Matériel : .....	<u>Prélèvement génital FEMME</u> Grossesse <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non SA = ..... <input checked="" type="checkbox"/> MAP <input checked="" type="checkbox"/> RPM <b>Bactériologie :</b> <input type="checkbox"/> Dépistage Streptocoque B <input type="checkbox"/> Recherche de vaginose (lame seule) <input type="checkbox"/> Vaginal (lame + portagerm) <input type="checkbox"/> Endocol (lame + portagerm ; sauf Chlamydia : milieu spécifique) <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Endo-utérin <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Placenta <b>Mycologie :</b> ..... <b>Virologie :</b> <input type="checkbox"/> Herpès virus (milieu de transport spécifique) <input type="checkbox"/> HPV (brosse et milieu de transport spécifique) <input type="checkbox"/> Chlamydia Autre: .....	<b>Mycologie :</b> (préciser la nature et l'origine du prélèvement) <input type="checkbox"/> ..... <b>Bactériologie :</b> <input type="checkbox"/> Peau et phanère (préciser l'origine) <input type="checkbox"/> Plaie, écoulement purulent (préciser l'origine) <input type="checkbox"/> Pus de collection fermée (préciser l'origine) <input type="checkbox"/> Biopsie (préciser l'origine) <b>Virologie :</b> (Si biopsie, préciser l'origine ; tube sec à congeler) <input type="checkbox"/> Herpès virus <input type="checkbox"/> CMV <b>PRELEVEMENTS du BLOC ORTHOPEDIE</b> Nombre de prélèvements : ..... Localisation précise de chaque prélèvement : .....
URINES		PULMONAIRES-ORL
Patient sondé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Poche pédiatrique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ECBU Bandelette : Leucocytes :    Nitrites : <input type="checkbox"/> Ag urinaire Legionelle <input type="checkbox"/> Ag urinaire Pneumocoque <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR) <input type="checkbox"/> BK virus (≥ 30 mL urine du matin) <input type="checkbox"/> BK Mycobactéries <input type="checkbox"/> CMV (PCR)		<input type="checkbox"/> Crachats <input type="checkbox"/> BK Crachats <input type="checkbox"/> Coqueluche (PCR) (aspiration naso-pharyngée) <input type="checkbox"/> Oreille paracentèse <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Oreille externe <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Grippe dépistage (écouvillon spécifique)
SELLES		PONCTIONS
<input type="checkbox"/> Recherche de sang <input type="checkbox"/> Coproculture standard <input type="checkbox"/> Recherche de virus (adénovirus/rotavirus/norovirus/entérovirus) <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> E. coli 0157 (Shigatoxines)	Autre: ..... <b>NOUVEAU-NE</b> <input type="checkbox"/> Gastrique <u>Prélèvement génital HOMME</u> <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Sperme	<input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Pleurale <input type="checkbox"/> Articulaire <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Autre : .....
BILAN DE COLONISATION		
<b>Staph aureus méti-R :</b> <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Pli <input type="checkbox"/> Plaie	<b>Autre BMR :</b> ..... <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Autre .....	<b>Hospitalisation à l'étranger :</b> <input type="checkbox"/> Rectum (ERV, KPC)

ETIQUETTE PATIENT	ETIQUETTE UF	Laboratoire/RCP
-------------------	--------------	-----------------