



Mentions obligatoires :

Prescripteur : .....

Prélevé le ...../...../..... à .....h.....

Par ..... Qualité.....

URGENT :  OUI  NON

ETIQUETTE PATIENT :

SERVICE : .....

NOM : .....

NOM usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

SEXE :  M  F

DATE HOSPIT : ...../...../.....

ETIQUETTE  
LABORATOIRE

Refus exprimé du patient pour envois de résultats :

- DMP  Messagerie MSSANTE Professionnel de Santé  Messagerie MSSANTE Citoyenne  
 Masquage aux professionnels de santé dans le DMP  Masquage aux représentants légaux dans le DMP

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES : les encadrés grisés doivent OBLIGATOIREMENT être remplis

- |                   |   |   |  |
|-------------------|---|---|--|
| - Indication(s) : | <input type="checkbox"/> Syndrome infectieux<br><input type="checkbox"/> Bilan systématique<br><input type="checkbox"/> Contrôle après traitement | <input type="checkbox"/> Patient diabétique<br><input type="checkbox"/> Patient immunodéprimé | <input type="checkbox"/> Grossesse (Terme : .....)<br><input type="checkbox"/> Post-partum |
|-------------------|---|---|--|

Antibiothérapie :  OUI *nom de l'antibiotique : .....*  NON

Portage connu de BMR :  OUI  NON Portage connu de BHRé :  OUI  NON

Hospitalisation dans l'année hors territoire métropolitain (avec ou sans rapatriement sanitaire) :  OUI  NON

URINES

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ECBU<br><input type="checkbox"/> Milieu de jet<br><input type="checkbox"/> Dispositif collecteur (poches, étui pénien etc...)<br>Durée de mise en place : ..... | <input type="checkbox"/> ECBU sur sonde<br><input type="checkbox"/> Sonde à demeure<br><input type="checkbox"/> Sondage évacuateur<br><input type="checkbox"/> Bricker<br><input type="checkbox"/> Sonde urétérostomie |
|--|--|

BU (si réalisée) :  positive (leuco+ et/ou nitrites +)  négative

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Syndrome inflammatoire<br><input type="checkbox"/> Douleurs mictionnelles (brûlures)<br><input type="checkbox"/> Pollakiurie<br><input type="checkbox"/> Fièvre<br><input type="checkbox"/> Douleurs fosses lombaires | <input type="checkbox"/> Pré-opératoire<br><input type="checkbox"/> Grossesse<br><input type="checkbox"/> Absence symptômes urinaires<br><input type="checkbox"/> Autres : |
|--|--|

- Antigène *Legionella*  Antigène Pneumocoque  
 *C. trachomatis/N. gonorrhoeae* par PCR (1<sup>er</sup> jet d'urine)  
 Recherche de cellules néoplasiques  N°1  N°2  N°3

HEMOCULTURES

- Ponction veineuse périphérique :  
 4 flacons ponction unique  
 2 flacons (1 aérobie et 1 anaérobie)
- Hémoculture sur dispositifs invasifs :  
(Prélever **impérativement** une paire par ponction veineuse en parallèle, dans un délai de 10min)
- 2 flacons sur matériel :
- KT Veineux centraux :  
Localisation : .....
- KT de Chambre Implantable
- Picc line
- KT dialyse
- Heure de prélèvement : .....
- 2 flacons en périphérie :
- Heure de prélèvement : .....
- 

VOIES RESPIRATOIRES

- Examen cytot bactériologique  
 Expectoration  Aspiration bronchique (*par fibroscopie*)  
 Aspiration trachéale  LBA
- LBA  *Pneumocystis jirovicii*  
 PCR syndromique (multiplex respiratoire)
- Recherche d'*Aspergillus*
- Ecoouvillon nasopharyngé (en milieu de transport)  
 Aspiration nasopharyngée  Lavage nasopharyngé
- VRS  Grippe  
 *Mycoplasma pneumoniae*  *Chlamydia pneumoniae*  
 PCR syndromique (multiplex respiratoire)

PRÉLÈVEMENTS GENITAUX

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leucorrhées anormales<br><input type="checkbox"/> Vulvovaginite<br><input type="checkbox"/> Ulcération génitale | <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes<br><input type="checkbox"/> Avant pose DIU<br><input type="checkbox"/> Conduite à risque |
|--|---|
- Vaginal  Endocol
- Germes usuels/score de Nugent  
 Recherche de Streptocoque B  
 PCR (Accouchement)  Allergie aux Pénicillines  oui  non  
 Culture (34-38 SA si allergie aux pénicillines connue)  
 *Chlamydia trachomatis/N. gonorrhoeae* par PCR  
 *Mycoplasma genitalium* par PCR  
 Recherche mycoplasmes uro-génitaux
- Stérilet  
 Placenta  
 Recherche d'HPV sur frottis cervical (*cf bon spécifique Cerba*)  
 Prélèvement Urétral

DEPISTAGE

- SARM  
 Nez  Autre : .....
- BLSE  BHRé (ERG et EPC)  
 Marge anale  Selles  
 *Staphylococcus aureus*  
Localisations : .....

