



Site Annecy : 0450636334  
0450636335  
Site St Julien : 0450496540

<b>Coller une étiquette administrative</b> Selon les dispositions réglementaires, les informations à fournir dans ce cartouche sont obligatoires	<b>Nom Prescripteur :</b>
	<b>UF demandeur :</b>
	<b>Nom préleveur :</b>
<b>Identité réception :</b>	<b>Date prélèvement :</b>
<b>Heure arrivée labo :</b>	<b>Heure prélèvement :</b>

## BACTERIOLOGIE - PARASITOLOGIE

**Merci de cocher de manière bien visible (feutre, couleur...)**

Renseignements cliniques obligatoires					
• Immunodéprimé	Oui	Non	• Voyages	Oui	Non
• Traitement antibiotique	OUI	Non	• Contact avec des animaux	Oui	Non
COPROCULTURE / PARASITOLOGIE					
<input type="checkbox"/> Coproculture adulte hospitalisé >72h (CD seulement)					CD
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile					CD
<input type="checkbox"/> Coproculture standard (salmonella, shigella, campylobacter, STEC, Yersinia, Ecoli O157, Vibrio, )					COPRO
<input type="checkbox"/> Coproculture de Nouveau Né					COPRO
<input type="checkbox"/> Parasitologie : renseignements obligatoires :					PARAS
<b>VOYAGE :</b>	<b>DATE :</b>				
<input type="checkbox"/> Virologie					SELBD
<input type="checkbox"/> Recherche de sang dans les selles					HCULT
<input type="checkbox"/> Demandes particulières : S aureus, K oxytoca, C perfringens, Bacillus, Aeromonas					
SPHERE UROGENITALE					
<input type="checkbox"/> Cytobactério urinaire	CCBU	<input type="checkbox"/> Urétral			URETR
Prélevé sur :	<input type="checkbox"/> Recherche de tréponèmes				TREPO
Contexte :					
<input type="checkbox"/> Cytologie urinaire	CYCHU	<input type="checkbox"/> PCR Chlam Tracho urine (♂)			CTUR
<input type="checkbox"/> Antigènes (pneumo/légio)	AGURI	<input type="checkbox"/> PCR Gonocoque urine (♂)			NGUR
<input type="checkbox"/> Bilharzioses	BILAZ	<input type="checkbox"/> PCR Mycoplasme Genitalium(♂)			PCR MG
Femmes			Périphériques de Nouveau Né		
<input type="checkbox"/> P. Vaginal	PVAG	<input type="checkbox"/> Liquide gastrique	PERI2	<input type="checkbox"/> Ombrilic	PERI1
<input type="checkbox"/> Stérilet	STERI	<input type="checkbox"/> Liquide Amniotique	AMNIO	<input type="checkbox"/> Oreille	PERI3
<input type="checkbox"/> PCR C. Tracho	CTVAG	<input type="checkbox"/> Placenta	PLACE	<input type="checkbox"/> Anal	PERI4
<input type="checkbox"/> PCR Gono (♀)	NGVAG	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	PERI5		
<input type="checkbox"/> PCR Mycoplasme Genitalium (♀)	PCR MG				
HEMOCULTURE					
Hémoculture N° :					
Prélevé sur :	<input type="checkbox"/> VP	<input type="checkbox"/> VVC	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> VART	
Suspicion d'Endocardite infectieuse ?	Oui	Non			
DEPISTAGE / BMR					
Sur marge anale :	<input type="checkbox"/> Dépistage rectal complet (hors transfert sanitaire)				
	<input type="checkbox"/> Dépistage rectal par (PCR) (transfert sanitaire)				
	<input type="checkbox"/> BLSE	<input type="checkbox"/> EPC (ou KPC)	<input type="checkbox"/> ERG (ou ERV)	<input type="checkbox"/> ABRI	
	<input type="checkbox"/> Pyo Imi R				
<b>Sur autre site :</b>	<input type="checkbox"/> Sta Aureus	<input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/> ABRI	<input type="checkbox"/> Recherche de levure	
<b>À préciser :</b>					
Divers	<input type="checkbox"/> Dépistage autre, précisez :				
	<input type="checkbox"/> PCR staph nez pré-op				

LCR		PONCTION DE SEREUSE	
<input type="checkbox"/> Cyto + Chimie + Bactério	<b>PLCCB</b>	<input type="checkbox"/> Ascite	<b>POCCB</b>
<input type="checkbox"/> Cyto + Chimie	<b>PLCC</b>	<input type="checkbox"/> Pleural	
<input type="checkbox"/> Cyto + Bactério	<b>PLCB</b>	<input type="checkbox"/> Articulaire (précisez le site)	
<input type="checkbox"/> Cytologie seule	<b>PLC</b>	<input type="checkbox"/> Liquide péricardique	
<input type="checkbox"/> Cellules néo	<b>CANO</b>	<input type="checkbox"/> Lymphocèle	<b>POB</b>
<input type="checkbox"/> Electrophorèse du LCR	<b>BPLCR</b>	<input type="checkbox"/> Hydrocèle	<b>POB</b>
<input type="checkbox"/> Immunophénotypage (envoi)	<b>SPLQB</b>	<input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale	<b>POCB</b>
<input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Cellules néo (envoi)	

SPHERE ORL					
<input type="checkbox"/> Œil	<b>ŒIL</b>	<input type="checkbox"/> Oreille	<b>OREIL</b>	<input type="checkbox"/> Sinus	<b>SINUS</b>
<input type="checkbox"/> Cornée	<b>CORNE</b>	<input type="checkbox"/> Paracenthèse	<b>ORL4</b>	<input type="checkbox"/> Nez	<b>NEZ</b>
<input type="checkbox"/> Vitrée / humeur aqueuse	<b>VITRE</b>	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<b>BGENG + PCRBP</b>	<input type="checkbox"/> Amygdale	<b>AMYGD</b>
<input type="checkbox"/> Anneau scléral	<b>ANSCL</b>	<input type="checkbox"/> Liquide cons/rinçage lentille	<b>LILEN</b>	<input type="checkbox"/> Gorge	<b>GORGE</b>
<input type="checkbox"/> Larme	<b>LARME</b>	<input type="checkbox"/> Liquide conserv, greffon	<b>LIGRF</b>	<input type="checkbox"/> Bouche	<b>BOUCH</b>
<input type="checkbox"/> Lentille	<b>LENTI</b>	<input type="checkbox"/> Amibes libres			

VOIES RESPIRATOIRES						
Mucoviscidose : Oui Non			Immunodéprimé : Oui Non			
<b>Nature (obligatoire) :</b>			<b>Demande (à cocher obligatoirement)</b>			<b>Demande(s) complémentaire(s)</b>
<input type="checkbox"/> Crachat	<b>CRACH</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bactériologie seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aspergillus	<b>ASPER</b>
<input type="checkbox"/> Aspiration trachéale	<b>CBT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Culture BK (envoi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nocardia	
<input type="checkbox"/> Aspiration bronchique	<b>ASPI</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bactério + Culture BK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Legionella	<b>PCRLE</b>
<input type="checkbox"/> Lavage Broncho Alvéolaire	<b>LBA</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pneumocystis	<b>PCPUL</b>
<input type="checkbox"/> Biopsie pulmonaire	<b>BPULM</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PCR BK	<b>PCRBK</b>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mycoplasme et Chlamydia	<b>PNPUL</b>

PUS					
<b>Cocher / noter une nature et indiquer le site (obligatoire) :</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Pus superficiel</b>	Nature (ex : plaie, cicatrice, nécrose, vésicule, écoulement, orifice,...):				
<b>Pus profond :</b>					
<input type="checkbox"/> Abscess / Collection	<b>ABCES</b>	<input type="checkbox"/> Liquide péritonéal	<b>PERIT</b>	<input type="checkbox"/> Bile	<b>BILE</b>
<input type="checkbox"/> Ganglion / adénite	<b>GANGL</b>	<input type="checkbox"/> Hématome	<b>HEMTO</b>	<input type="checkbox"/> Kyste	<b>KYSTE</b>
		<input type="checkbox"/> Biopsie (précisez) :		<input type="checkbox"/> Lait Maternel	<b>LAITM</b>
<input type="checkbox"/> Drain / redon	<b>PUS4</b>	<input type="checkbox"/> Valve Cardiaque		<input type="checkbox"/> PAC	<b>PUS4</b>
<input type="checkbox"/> Catheter	<b>PUS3</b>	<input type="checkbox"/> Matériel (précisez) :		<input type="checkbox"/> Autre : .....	

BIOPSIE DIGESTIVE			
<input type="checkbox"/> Recherche Helicobacter Pylori	<b>HELIC</b>	<input type="checkbox"/> Biopsie duodénale	<b>BDUOD</b>
<input type="checkbox"/> Biopsie colique	<b>BCOLI</b>	<input type="checkbox"/> Biopsie Jéjunale	<b>BJEJU</b>
<input type="checkbox"/> Biopsie rectale	<b>BRECT</b>		

BK et MYCOBACTERIES		DIVERS	
<b>Nature et site (obligatoire) :</b>		<input type="checkbox"/> Champignons / Dermatophytes	<b>MYCO1</b>
<input type="checkbox"/> Culture (envoi)		Nature :	
<input type="checkbox"/> PCR BK		<input type="checkbox"/> Recherche de parasites / gale	<b>RECPA / RECGA</b>
		<input type="checkbox"/> Recherche d'éosinophiles	<b>RECEO</b>

ANTIGENE dans le sang			
<input type="checkbox"/> Antigène aspergillaire (envoi)	<input type="checkbox"/> Antigène cryptocoque	<b>CRYSG</b>	
<input type="checkbox"/> Candida (envoi)	<input type="checkbox"/> Glucane (envoi)		