



**BON DE DEMANDE D'EXAMEN MICROBIOLOGIQUE**



SERVICE DEMANDEUR OBLIGATOIRE	Utiliser le matériel approprié au prélèvement (Le manuel de prélèvement est disponible sur l'intranet et en prescription connectée.)					
<p><b>Nom du MEDECIN prescripteur OBLIGATOIRE</b></p> <hr/> <p><b>Identification du PATIENT OBLIGATOIRE</b>            ETIQUETTE ou nom/prénom/nom de naissance/sexe/date de naissance</p> <hr/> <p><b>DATE / HEURE de PRELEVEMENT OBLIGATOIRE</b>            .../.../..... h ...</p> <p><b>Nom du préleveur :</b>            .....</p> <p><b>Renseignements cliniques et thérapeutiques:</b></p> <p>▣ <b>Antibiothérapie?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>▣ <b>Grossesse ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p><b>URINES</b></p> <p><input type="checkbox"/> ECBU MCBU</p> <p><u>Symptômes :</u>            Signes urinaires <input type="checkbox"/>            Signes généraux <input type="checkbox"/>            Grossesse <input type="checkbox"/>            Pré-op urologie <input type="checkbox"/></p> <p><u>Sondes :</u>            Sonde à demeure <input type="checkbox"/>            Sonde J JJ <input type="checkbox"/>            Néphrostomie <input type="checkbox"/>            Sus-pubien <input type="checkbox"/>            Son. aller-retour <input type="checkbox"/>            Absence sonde <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Cytologie urinaire CYTUR</p> <p><input type="checkbox"/> Ag Légionnelle UAGLE  <input type="checkbox"/> Ag Pneumocoque UAGPN</p> <p><b>SELLES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Coproculture MSEL</p> <p><u>Contexte :</u>            Fièvre élevée... <input type="checkbox"/>            Immunodépression ..... <input type="checkbox"/>            Selles glairo-sanglantes <input type="checkbox"/>            Signes digestifs aigus <input type="checkbox"/>            Gastroentérite groupée <input type="checkbox"/>            TIAC <input type="checkbox"/>            Pays tropical <input type="checkbox"/>            Pédiatrie <input type="checkbox"/>            Suspicion SHU <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Clostr difficile</i> toxine CLOS</p> <p><u>Contexte :</u>            Diarrhée post-antibio <input type="checkbox"/>            Hospitalisation &gt;3j <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Rota/Adénovirus VSE  <input type="checkbox"/> Rech. de sang SGSEL</p>	<p><b>RESPIRATOIRE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Expectoration MEX  <input type="checkbox"/> + Myco MMEX  <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique MAS  <input type="checkbox"/> + Myco MMAS  <input type="checkbox"/> Aspi endotracheale MAE  <input type="checkbox"/> + Myco MMAE  <input type="checkbox"/> Lavage bronchique MMLBA (avec mycologie)  <input type="checkbox"/> Micro lavage MMMLA (avec mycologie)  <input type="checkbox"/> Brosse MMBB (avec mycologie)</p> <p><b>ORL - ŒIL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gorge MGO  <input type="checkbox"/> Oreille MOR  <input type="checkbox"/> ŒIL MOE  <input type="checkbox"/> Sinus MSI</p> <p><b>BK</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aspiration bronchique BKA  <input type="checkbox"/> Expectoration BKE  <input type="checkbox"/> Autre: .....</p> <p><b>HEMOCULTURES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Paire N° _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hémoc veineuse MHEM  <input type="checkbox"/> Hémoc cathéter MHEMC  <i>Périph</i> <input type="checkbox"/> <i>Central</i> <input type="checkbox"/> <i>Artériel</i> <input type="checkbox"/>  <i>Chambre imp.</i> <input type="checkbox"/> <i>Dialyse</i> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Hémoc pédiatrie MHEMP  <input type="checkbox"/> Hémoc mycologie MHEMM</p>	<p><b>GENITAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vaginal MVA</p> <p><u>Circonstances :</u>            RPDE <input type="checkbox"/> RPM <input type="checkbox"/>            Autres : .....</p> <p><input type="checkbox"/> StreptoB seul MVAB</p> <p><input type="checkbox"/> Urétral MUR</p> <p><input type="checkbox"/> Génital superficiel MGENS  <i>Verge</i> <input type="checkbox"/> <i>Vulve</i> <input type="checkbox"/>  <i>Prépuce</i> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Pus génital MGE  <i>Bartholinite</i> <input type="checkbox"/>  <i>Salpingite</i> <input type="checkbox"/>  <i>Ovaire</i> <input type="checkbox"/>  <i>Abcès tubaire</i> <input type="checkbox"/>  <i>Liq. Douglas</i> <input type="checkbox"/>            Autre : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Stérilet MSTER</p> <p><b>NOUVEAU NE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Placenta MPL</p> <p><b>PARASITOLOGIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Paludisme* PALU            *Renseignements cliniques obligatoires</p>	<p><b>PUS SUPERFICIELS</b></p> <p>MPUSS</p> <p><u>Localisation :</u> .....</p> <p><i>Brûlure</i> <input type="checkbox"/> <i>Erysipèle</i> <input type="checkbox"/>  <i>Fistule</i> <input type="checkbox"/> ..... <i>Ulcère</i> <input type="checkbox"/>  <i>Plaie traumatique</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Autre : .....</p> <p><b>PUS PROFONDS</b></p> <p>MPUSP</p> <p><u>Localisation :</u> .....</p> <p><i>Abcès</i> <input type="checkbox"/> <i>Furoncle</i> <input type="checkbox"/>  <i>Morsure</i> <input type="checkbox"/> <i>Phlegmon</i> <input type="checkbox"/>  <i>Hématome</i> <input type="checkbox"/> <i>Panaris</i> <input type="checkbox"/>  <i>Liquide appendiculaire</i> <input type="checkbox"/>  <i>Kyste</i> <input type="checkbox"/> <i>Plaie op.</i> <input type="checkbox"/>            Autre : .....</p> <p><b>LIQUIDES BIOLOGIQUES</b></p> <p><input type="checkbox"/> LCR MLCR  <input type="checkbox"/> Articulaire MLAR  <input type="checkbox"/> Ascite MLASC  <input type="checkbox"/> Pleural MLPLE  <input type="checkbox"/> Dial.Péritonéale MLDP  <input type="checkbox"/> Bile MBILE  <input type="checkbox"/> L.péritonéal MLPER  <input type="checkbox"/> L.péricardique MLPC</p> <p><input type="checkbox"/> Liquides de ponction sur flacon hémoc. MLIBA</p>	<p><b>CATHETER MCA</b></p> <p><u>Type :</u> <i>Artériel</i> <input type="checkbox"/> <i>Dialyse</i> <input type="checkbox"/>  <i>V.central</i> <input type="checkbox"/> <i>V.périph.</i> <input type="checkbox"/>  <i>Dialyse péritonéale</i> <input type="checkbox"/>            Autre : .....</p> <p><u>Localisation :</u> <i>Fémoral</i> <input type="checkbox"/>  <i>Jugulaire</i> <input type="checkbox"/> <i>Radial</i> <input type="checkbox"/>  <i>Sous claviaire</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Autre : .....</p> <p><b>MATERIEL MMA</b></p> <p><u>Type</u>  <i>Chambre implantable</i> <input type="checkbox"/>  <i>Port à cath</i> <input type="checkbox"/>  <u>Localisation :</u> .....</p> <p><b>TISSUS MTOISS</b></p> <p><u>Type :</u> <i>Biopsie</i> <input type="checkbox"/>  <i>Pièce opératoire</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Autre : .....</p> <p><u>Localisation :</u> .....</p> <p><b>PROTHESE</b></p> <p>MPROT</p> <p><u>Type :</u> <i>Prothèse</i> <input type="checkbox"/>  <i>PTH</i> <input type="checkbox"/> <i>PTG</i> <input type="checkbox"/>            Autre : .....</p> <p><u>Localisation :</u> .....</p>	<p><b>MYCOLOGIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Mycologie seule</b> MMDI  <i>Bouche</i> <input type="checkbox"/> <i>Gorge</i> <input type="checkbox"/> <i>Langue</i> <input type="checkbox"/>  <i>Oreille</i> <input type="checkbox"/> <i>Sinus</i> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <b>DERMATOPHYTES</b>            Sur RDV avec un biologiste MMPP  <i>Cheveux</i> <input type="checkbox"/> <i>Ongle</i> <input type="checkbox"/>  <i>Poils</i> <input type="checkbox"/> <i>Squames</i> <input type="checkbox"/>            Autre : .....</p> <p><b>DIVERS</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Helicobacter</i> Biopsie gastrique TUPH  <input type="checkbox"/> Lait maternel MLAIT</p> <p><b>HYGIENE</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>S. aureus</i> nez (dialyse péritonéale) MSADP  <input type="checkbox"/> <i>S. aureus</i> MSAPO            Localisation : .....</p> <p><b>PCR</b></p> <p><input type="checkbox"/> Chl..Trachomatis/N. Gonorrh PRCPT+PRGON  <input type="checkbox"/> PCR Grippe/VRS/SARS Cov2 PRUNO  <input type="checkbox"/> PCR SARS Cov2 PROCOV ou PRCOR</p>
<p><b>CADRE RESERVE AU LABORATOIRE</b></p> <p>° de travail du labo <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></span></p> <p><b>Conformité des échantillons (initiales techniciens) :</b></p>						