

Etiquette CB patient

Si indisponible, inscrire:
 Nom d'usage, Prénom:.....
 Nom de Naissance:.....
 Date de naissance:.....
 Sexe:.....
 N° de séjour:.....

Etiquette CB UF

Prescripteur:

Préleveur:



Date de prélèvement / /

Heure H

Renseignements Cliniques:




PRELEVEMENT URGENT * (sur justification médicale)

- Fièvre Antibiothérapie Contrôle post-traitement Reprise pour infection du site opératoire
 Antibiotique:.....
 Absence de traitement antibiotique Grossesse

Autre renseignements:

UN SEUL PRELEVEMENT PAR BON DE DEMANDE

En période de garde, seuls les examens réalisés H24 * ou l'URGENCE justifiée médicalement seront traités

Examens réalisés H24 *  Examens envoyés  Prévenir le laboratoire par téléphone  Kit de prlvmt spécial voir Manuel

HEMOCULTURE*

Adulte* Pvt unique # - 4 flacons - 10 mL/flacon

Sauf endocardite et Infection sur cathéter

Site de prélèvement:

- Nb de flacons:
 Pédiatrique*
 Endocardite
 Pct Veineuse VA VVC DVI KT Péri PICC Line MID Line KT Hemofil KT Dialyse

Contexte:

Endocardite

PVT GENITAUX FEMME

Contexte: Grossesse

- Rupture membranes Prurit
 Leucorrhées Autre:.....

Examens par culture/examen direct

- Cocher si allergie aux pénicillines
 PORTAGE STREPTO B GROSSESSE
 PRELEVEMENT VAGINAL COMPLET
 PRELEVEMENT D'ENDOCOL
 VULVE STERILET
 Isolement GONOCOQUE (si PCR+)

Recherche d'IST par PCR

- PV Chlamydiae/Gonocoque/T.vaginalis
 ENDOCOL Chlamydiae/Gonocoque/T.vaginalis
 + Mycoplasma genitalium (PV ou ENDOCOL)
 HSV 1&2 Localisation:.....

PVT GENITAUX HOMME

Culture standard + Gonocoque

- Pvt/pus urétral Urine 1er jet
 Verge/Balanite

Recherche par PCR

- Chlamydia/Gonocoque Urine 1er jet
 Chlamydia/Gonocoque Urétral
 + Mycoplasma genitalium
 HSV 1&2 Localisation:.....

IST autres sites

CHLAMYDIA/GONOCOQUE par PCR

- Anal Pharyngé
 Gonocoque par culture (si PCR+)
 Anal Pharyngé

PVT PERINATAUX

- LIQUIDE GASTRIQUE*
 LIQUIDE AMNIOTIQUE*
 PLACENTA*
 LOCHIES
 URINES NNé: CMV par PCR
 SALIVE NNé: CMV par PCR
 CORDON OMBILICAL

URINES

ECBU

Site de prélèvement:

- Milieu de jet Sondage A/R
 Sonde à demeure Pose sonde neuve
 KT Sus-pubien Collecteur
 Urines pyeliques Urines appareillées

Contexte (obligatoire):

- Signes évocateurs d'infection urinaire (IU)
 Absence signes cliniques évocateurs d'IU

CYTOLOGIE URINAIRE*

(numération uniquement, pas de culture)

Bilan complémentaire pneumopathie

- Antigénurie Legionnelle* (type1)
 Antigénurie Pneumocoque*

COMPTE D'ADDIS

Volume: (ml)

Tps recueil: (min)

Dispositif Intra-vasculaire

(DIV) 5 cm pour étude quantitative

Nature:

- KT Veineux central KT Artériel
 KT veineux périph PICC Line
 Extrémité distale DV Mid Line
 Chambre implantable
 Catheter d'hémodilution

Localisation:

EXAMEN DES SELLES

- COPROCULTURE STANDARD
 C.difficile* Ag. Adéno/Rota*

Renseignements obligatoires:

- Retour de voyage
 Conso fruit de mer

PORTAGE DE BMR

- Réanimation Nez/Rectum
 Réa Nez/Rectum/Piège ou gorge
 RECTUM: BLSE
 RECTUM: Carbapénèmase/OXA48
 RECTUM: Rapatriement Sanitaire
 RECTUM: ERV/ERG
 NEZ SARM

Précisez:

- Autre situation



HORODATAGE

dans le sens et au niveau de la flèche

Ce cadre est réservé à l'horodatage. Ne rien inscrire d'autre.



PRELEVEMENT ORL

- Otite moyenne aiguë
 Otite externe Oreille Gauche
 Otite chronique Oreille Droite

FOSSSES NASALES/SINUS

- GORGE
(Préciser le microorganisme recherché)

- OEIL Gauche Droit
 Conjonctivite Lentille
 Abcès cornée* Humeur vitrée*
 Humeur acqueuse*

- Virologie (recherche par PCR)
 HSV 1/2 VZV CMV
Parasito/Mycologie
 Amibes (PCR/Culture) Mycologie

- NASOPHARYNX
 COVID-19* Ecouv. nasopharyngé
 GRIPPE* Lavage nasopharyngé
 VRS* Ecouv. Nasal
 Patient symptomatique? Oui Non

- PCR CoquelucheToux < 3 semaines
 PCR Multiplex "Respiratoire Haut" *€€€

PVT BRONCHO-PULMONAIRE

- Bactériologie Standard (1tube)
 EXPECTORATION
 ASPIRATION TRACHEALE*
 ASPI BRONCHIQUE SOUS FIBRO*
 LBA*
 LIQUIDE DE COMBICATH*
 BROSSE BRONCHIQUE*

- Cultures ciblées pvt broncho-pulmonaire
 Legionnelle Précisez le type de prélèvement ci-dessus
 Nocardia
 Actinomyces
 Aspergillus
 Cryptocoques culture (1 tube)

- Recherche par PCR
 Pvt LBA Aspi/fibro
 Aspi trach. Expect
 Autre:..... (1 tube)

- Pneumocystis (PCR + ED)
 CMV PCR (LBA)
 HSV PCR (LBA)
 PCR multiplex "Pneumonie" *€€€
 COVID-19
 GRIPPE
 VRS
 Autre:..... (1 tube)

PRELEVEMENT CUTANE

- Type de prélèvement:
 Abcès Cellulite
 Pyodermite Cicatrice
 Erysipèle Impétigo
 Morsure Kyste
 Panaris Pied diabétique
 Autre:.....
 Cochez la localisation dans la liste à droite

PVT MYCOLOGIQUE

- Type de prélèvement:
 Intertrigo Herpès circiné
 Onyxis Perionyxis
 Teigne Autre:.....
 Cochez la localisation dans la liste à droite

PVT PER-OPERATOIRE* CHIR ORTHOPEDIQUE

- Idéalement 5 prélèvements - Pas d'écouvillons
 Un bon par prélèvement - Détail du pvt au recto
Type de prélèvement:
 Os Liquide
 Tissus Matériel
 Autre:.....
 Cochez la localisation dans la liste à droite

- LIQUIDE DE REDON
 Cochez la localisation dans la liste à droite

- BIOPSIE***
 Peau £ Os £
 Duodenum Colon
 Poumon Autre £:.....
 £:Cochez la localisation dans la liste à droite

LIQUIDE DE PONCTION

- Type de prélèvement:
Bactériologie + NF
 Liquide d'ascite* Liquide pleural*
 Liquide Péricardique*
 Liquide articulaire*£ (+ cristaux)
 £ Cochez la localisation (liste à droite)
 Liquide péritonéal* Bile*
 Hématome £ Collection £
 Kyste £ Autre £:.....
 £:Cochez la localisation (liste à droite)

- LIQUIDE DE PONCTION* sur flacon hémoculture
 Précisez le type de liquide ci-dessus
 Cochez la localisation dans la liste à droite

DEMANDES SPECIFIQUES

- Portage de S.aureus (culture)
 Portage Strepto béta (culture)
 PCR EntéroV CNR (BHN)
 PCR HSV 1&2
 PCR VZV
 ARN 16S (BHN)
Nature & localisation du prélèvement

AUTRE DEMANDE

Précisez:

MYCOBACTERIES

- ED+CULTURE (1 tube)
 PCR (1 tube)
Type de prélèvement:
 Expectoration Tubage gastrique
 LBA Aspi bronchique
 Urines Autre:.....

LISTE DES LOCALISATIONS

- Précisez le côté si nécessaire
 GAUCHE DROITE
 Visage Joue
 Nez Bouche
 Lèvre Langue
 Cou Cuir chevelu
 Epaule Aisselle
 Bras Coude
 Poignet Main
 Doigt
 Thorax Sein
 Abdomen Dos
 Fesse Vulve
 Périnée Rectum
 Hanche Cuisse
 Jambe Genou
 Cheville Pied
 Orteil
 Autre:.....

€€€: examen couteux (>100€/test)