



DATE :

Heure de Prélèvement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Minutes 00 10 20 30 40 50

URGENT

Nom du PRESCRIPTEUR :

Nom du PRELEVEUR :

Merci de préciser: ↓

Renseignements cliniques :  
(T°; Grossesse nb mois; Traitement ATB)

**URINES**

- CBU : miction
- CBU Sondage <72H
- CBU Sondage >72H
- CBU sur Urinocol
- CBU per-opératoire ou sonde JJ ou urétérostomie
- Cyto urinaire seule
- ADDIS
- Chlam.trach / Gono / Tricho (PCR)
- Mycoplasma genitalium (1° jet)
- CMV Urine (PCR)
- Ag légionella
- Ag pneumocoque

**GENITAUX**

- Vagin-Infection génitale (dont Chlam/Gono)
- Vagin prénatal (Rech de Strepto B)
- Vagin (Rupture préma des membranes ou menace d'accouchement préma) (Strepto B / Infection / Mycoplasmes)
- Chlam/Gono/ V (Rectal/Urine/Pharynx)
- Herpès Génital (PCR)
- Mycoplasma genitalium
- Gastrite Nouveau né
- Herpès Nouveau-né (PCR) Localisation :
- Urétral (Myco genitalium/Chlam/Gono)
- Infection génitale haute (dont Myco/Ureaplasme/Chlam/Gono) Localisation:
- Infection génitale basse Localisation:

**SELLES**

- Coproculture + Clost. difficile
- Rotavirus/Adenovirus/Norovirus
- Clostridium difficile
- Recherche de sang (Dépistage cancer colorectal)

**SPHERE ORL Ophtalmo**

- Oeil
- Oeil: PCR Chlam/Gono
- Abscès oculaire
- Oreille paracentèse
- Oreille C.A.Externe
- Gorge (Portage exclu) + Streptolést
- Sinus
- Myco/Chlam.pneumoniae (PCR Pharynx)
- COQUELUCHE (PCR Nasopharyngée)
- O.R.L autres :
- PCR Grippe/VRS/Covid

**VOIES RESPIRATOIRES**

- Expectoration
- Rech de Cépacia (Mucoviscidose)
- Fibroscopie avec Mycologie
- Fibroscopie sans Mycologie
- Bronchopneumonie
- LBA
- Biopsie pulmonaire
- Pneumocystis (PCR)
- Legionelle (PCR)
- CMV Pulmonaire (PCR)
- Herpès Pulmonaire (PCR)
- Aspergillus/Mucor (PCR)

**RECHERCHE DE MYCOBACTERIES**

- Crachat BK n°.....
- Tubage BK n°.....
- Urine BK n°.....
- Fibroscopie BK
- Hémoc BK n°.....
- PL BK
- Autres BK :

**PONCTIONS**

- Lombaire
- PCR Meningo-encephalite (Film/Array)
- PCR HSV/VZV
- Pleurale
- Ascite
- Articulaire
- Péricardique

**CATHETERS**

- Voie veineuse centrale
- Veineux périphérique
- Artériel périphérique
- Autres :

Site implantable ↓

3 Prélèvements:  
- Cathéter interne  
- Ecouvillonnage loge  
- Site implantable

**HEMOCULTURES**

**PERIPHERIQUE / CATHETER**

**Periph OU Catheter (Précisez l'origine)**

- H1  H4
- H2  Tube EDTA pour Hémoc Quanti
- H3

**SITE IMPLANTABLE OU PICCLINE**

- H5  H6
- Tube EDTA pour Hémoc Quanti

Pour suspicion

**d'infection des sites implantables**

Prélever toujours sur site (1 paire de flacons + 1 tube EDTA en périph (1 paire de flacons + 1 tube EDT

**PORTAGE BHRé**

**PATIENT RAPATRIÉ ou hospitalisé dans l'année à l'étranger**

PCR CARBA et VANCO R

**Patient contact ou Porteur CARBA**

Culture  PCR

**Patient contact ou Porteur VANCO R**

Culture  PCR

**PORTAGE B.M.R**

E.rectal : BLSE/ Carbapénémase/ VancoR

Nez : Staph. MétiR

**REANIMATION**

Portage pharyngé

Asp. trachéo-bronchique

**PORTAGE Hors BMR (hors REA)**

Portage S.aureus : Nez

Portage S.aureus : Autres

Préciser :

Ordonnance (Réservé LABO)

Coller ici étiquette Patient

Coller ici étiquette UF

Réservé LABO



**PRELEVEMENTS DIVERS : Précisez la localisation SVP**

<input type="checkbox"/> Pus superficiels N° 1 <small>BACTERIOLOGIE</small>	<input type="checkbox"/> Pus superficiel N°1 (Bactériologie) + Mycologie
<input type="checkbox"/> Pus superficiels N° 2 <small>BACTERIOLOGIE</small>	<input type="checkbox"/> Pus superficiel N°2 (Bactériologie) + Mycologie
<input type="checkbox"/> Pus superficiels N° 3 <small>BACTERIOLOGIE</small>	<input type="checkbox"/> Pus superficiel N°3 (Bactériologie) + Mycologie
<input type="checkbox"/> Pus profonds N° 1	<b>MYCOLOGIE</b>
<input type="checkbox"/> Pus profonds N° 2	
<input type="checkbox"/> Pus profonds N° 3	
<input type="checkbox"/> Mal perforant plantaire :	renseignements cliniques obligatoires = <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
<input type="checkbox"/> Liquide péritonéal	
<input type="checkbox"/> Liquides divers :	<input type="checkbox"/> Peau - Phanères (Précisez l'origine du prélèvement)
<input type="checkbox"/> Liq. de Dialyse Péritonéal	<b>Recherche HERPES / VZV</b>
<input type="checkbox"/> Abscès	
<input type="checkbox"/> Ganglion	<input type="checkbox"/> HSV / VZV cutané
	<input type="checkbox"/> HSV / VZV autre origine

S P E C I M E N

Biopsies autres Localisation: .....

Biopsies digestives Localisation: .....  PCR CMV (Localisation)  PCR Helicobacter pylori

**PARASITOLOGIE (renseignements cliniques obligatoires)**

Veuillez noter le contexte clinique, la notion de voyage et de traitement anti parasitaire.

Selles  Recherche d Anguilles  Rech. de Bilharzies (Urines)  Rech. de Demodex  Scotch test

Identification de parasites  Autres

Précisez :

**SEROLOGIE**

**HORS WEEK END ET JOURS FERIES**

**1 tube bouchon jaune :**

Ac Anti-streptodoma  Coxiella  
 Rickettsie  Lyme  
 Brucellose  HHV6  
 Griffe du chat  HHV8

**Kit spécial pour :**

Quantiféron  
 Tuberculose latente

**VIROLOGIE**

**VIH**

Charge virale  
 Mutation de résistance

**VHC**

Charge virale  
 Génotypage  
 Mutation de résistance

**CMV**

Charge virale

**HORS WEEK END ET JOURS FERIES**

**VHB**

Ag HBS quantitatif  
 Charge virale

**ASPERGILLUS**

Antigène  
 Sérologie Aspergillaire  
 PCR Aspergillaire/Mucor sur sang

AUTRES ANALYSES

Préciser SVP :

AES Victime J0 (Non traité)  
 AES Victime J0 (Traité)

Nom et prénom du patient source : .....