



**CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ - LABORATOIRE DE BIOLOGIE (feuille 2)**

Utiliser un bon séparé pour toute demande d'immunologie - sérologie et BK

Nom : .....	DATE : .....	HEURE : .....	Préleveur/Prescripteur absent <input type="checkbox"/>
Prénom : .....			Suspicion endocardite <input type="checkbox"/>
Né(e) le : .....			Suspicion brucellose <input type="checkbox"/>
Sexe : .....	SERVICE : .....		Immunodépression <input type="checkbox"/>
Date d'entrée : .....			Grossesse <input type="checkbox"/>
N° d'Hospitalisation : .....			Fièvre ≥ 38° <input type="checkbox"/>
Nom et signature prescripteur	Nom et signature préleveur :		Antibiothérapie avant prélèvement* <input type="checkbox"/>
			Antibiothérapie après prélèvement* <input type="checkbox"/>
			Contrôle après traitement* <input type="checkbox"/>

**RESERVE AU LABORATOIRE**

**BACTERIOLOGIE - MYCOLOGIE      PARASITOLOGIE      IMMUNOLOGIE (1 tube gel jaune)**

<p><b>URINES</b></p> <p><input type="checkbox"/> ECBU* par voie naturelle</p> <p><input type="checkbox"/> ECBU* par sondage</p> <p>sonde à demeure : <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PH/Alb/S/Hb</p> <p><input type="checkbox"/> ADDIS (durée: .....) )</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>SELLES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Coproculture</p> <p><input type="checkbox"/> Copro + C. difficile</p> <p><input type="checkbox"/> C. difficile seul</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de sang</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>PONCTIONS (cytochimie + bactério)</b></p> <p>Flacons hémo. ensemencés <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Lombaire</p> <p><input type="checkbox"/> Pleurale</p> <p><input type="checkbox"/> Ascite</p> <p><input type="checkbox"/> Synovial</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>LIQUIDES</b></p> <p>ensemencés sur flacon hémo. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>ORL - OPHTALMO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bouche</p> <p>Oeil <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p>Oreille <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p>Narine <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Plus d'otite</p> <p><input type="checkbox"/> Gorge</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>VOIES RESPIRATOIRES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Expectations</p> <p><input type="checkbox"/> Asp. Trachéo-bronchiques</p> <p><input type="checkbox"/> L.B.A. (cytologie)</p> <p><input type="checkbox"/> L.B.A. (bactério)</p> <p>Volume LBA : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p>	<p><b>HÉMOCULTURES</b></p> <p>Noter le N° sur le flacon et indiquer l'heure et le site de prélèvement</p> <p><input type="checkbox"/> N° 1</p> <p><input type="checkbox"/> N° 2</p> <p><input type="checkbox"/> N° 3</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : N°.....</p> <p><input type="checkbox"/> Hémoc FLACON PEDIATRIQUE</p> <p><b>GÉNITAL - NOUVEAU NÉ</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vulve</p> <p><input type="checkbox"/> Vagin</p> <p><input type="checkbox"/> Endocool</p> <p><input type="checkbox"/> Liq. Amiotique</p> <p><input type="checkbox"/> Placenta</p> <p><input type="checkbox"/> Gastrique N.Né</p> <p><input type="checkbox"/> Oeil N.Né</p> <p><input type="checkbox"/> Oreille N.Né</p> <p><input type="checkbox"/> Anus N.Né</p> <p><input type="checkbox"/> Omblig N.Né</p> <p><input type="checkbox"/> Pus de bartholinite</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>PLAIES - PUS - DIVERS*</b></p> <p><input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale*</p> <p><input type="checkbox"/> Cathéter*</p> <p><input type="checkbox"/> Liquide péritonéal</p> <p><input type="checkbox"/> Pus superficiel*</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement ostéoarticulaire*</p> <p><input type="checkbox"/> Pus profond*</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>RECHERCHE PARTICULIÈRE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ag cryptocoque</p> <p>LCR <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Pic Résiduel</p> <p><input type="checkbox"/> BHRé pvt rectal (si hospitalisation récente à l'étranger)</p> <p>Pour les examens ci-dessous, préciser la nature du prélèvement : .....</p> <p><input type="checkbox"/> PCR Chlamydia + Gonocoque</p> <p><input type="checkbox"/> Ag Légionelle (urines)</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche SAMR</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche EPC</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p>	<p><input type="checkbox"/> Selles*</p> <p><input type="checkbox"/> Scotch Test</p> <p><input type="checkbox"/> Cryptosporidies (selles)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>MYCOLOGIE RECHERCHES SPÉCIFIQUES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dermatophytes* (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Aspergillus</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>RECHERCHE DE BK</b></p> <p><input type="checkbox"/> Crachats N°.....</p> <p><input type="checkbox"/> Aspiration N°.....</p> <p><input type="checkbox"/> LBA</p> <p><input type="checkbox"/> Pleural</p> <p><input type="checkbox"/> Urines N°.....</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>VIROLOGIE</b></p> <p>Recherche d'antigène :</p> <p><input type="checkbox"/> Virologie selles</p> <p><input type="checkbox"/> VRS (lavage rhino pharyngé)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES*</b></p> <p>(Préciser traitement au dos)</p> <p>Pic Résiduel</p> <p><input type="checkbox"/> Amikacine (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Gentamicine (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Teicoplanine (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Vancomycine (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p>(1) tube hépariné vert</p> <p>(2) tube sec jaune avec gel</p>	<p><b>AUTO-IMMUNITÉ</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ac. anti nucléaires</p> <p><input type="checkbox"/> Ac. anti DNA</p> <p><input type="checkbox"/> Ac. anti mitochondries</p> <p><input type="checkbox"/> Ac. anti muscle lisse</p> <p><input type="checkbox"/> Ac. anti cytoplasme PN</p> <p><input type="checkbox"/> Ac. anti thyroïdiens</p> <p><input type="checkbox"/> Latex - Waaler Rose</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>IMMUNOFIXATION</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sérum</p> <p><input type="checkbox"/> Urines (= PBJ)</p> <p><input type="checkbox"/> LCR plus sérum (isoélectro)</p> <p><b>ALLERGIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> IgE totales</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumallergènes (Phadiatop)</p> <p><input type="checkbox"/> Trophallergènes (FX5)</p> <p><input type="checkbox"/> RAST*</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><b>SEROLOGIE (1 tube gel jaune)</b></p> <p><input type="checkbox"/> ASD</p> <p><input type="checkbox"/> ASD + ASLO</p> <p><input type="checkbox"/> Brucellose</p> <p><input type="checkbox"/> Salmonelloses (Widal)</p> <p><input type="checkbox"/> MNI - test</p> <p><input type="checkbox"/> Rubéole</p> <p><input type="checkbox"/> Toxoplasmose</p> <p><input type="checkbox"/> Toxo cordon</p> <p><input type="checkbox"/> CMV</p> <p><input type="checkbox"/> Herpès</p> <p><input type="checkbox"/> VRG</p> <p><input type="checkbox"/> Chamydia (général)</p> <p><input type="checkbox"/> Lyme sérum</p> <p><input type="checkbox"/> Lyme LCR</p> <p><input type="checkbox"/> Marqueurs EBV</p> <p><input type="checkbox"/> Autre*</p> <p><input type="checkbox"/> Fièvre Q</p> <p><input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumo.</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia pneumo.</p> <p><input type="checkbox"/> Sérothèque</p>
--	---	--	---

\* RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT AU DOS LA CASE CORRESPONDANTE S.V.P. IDENTIFIER SUR CHAQUE PRÉLÈVEMENT : NATURE ET LOCALISATION.

(1) Joindre impérativement un biologiste (examen sur R.V.)

AXE de LECTURE  
CODE à BARRES

EMPLACEMENT  
CODE à BARRES

ETIQUETTE UF

EMPLACEMENT  
CODE à BARRES

ETIQUETTE PATIENT

AXE de LECTURE  
CODE à BARRES

<b>ANTIBIOTHÉRAPIE</b>	
Depuis le : Antibiotique(s), posologie et rythme d'administration :	
<b>URINES-ECBU</b> Fièvre : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Signes urinaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>RECHERCHES PARTICULIÈRES</b>
<b>SELLES</b>	<b>PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE</b> Nature du prélèvement : Date et heure du prélèvement : Origine géographique du patient : Séjour hors d'Europe (lieu, date) : Recherche particulière :
<b>PONCTIONS - LIQUIDES</b>	
<b>ORL - OPHTALMO</b>	<b>BK</b>
<b>VOIES RESPIRATOIRES</b>	<b>VIROLOGIE</b>
<b>CATHETER : préciser si</b> veineux périphérique <input type="checkbox"/> artériel <input type="checkbox"/> veineux central <input type="checkbox"/> ombilical <input type="checkbox"/> jugulaire <input type="checkbox"/> sous-clavière <input type="checkbox"/>	<b>DOSAGE D'ANTIBIOTIQUE</b> Antibiotique : Date début du traitement : Posologie et rythme d'administration
<b>GÉNITAL - NOUVEAU NÉ</b>	<b>IMMUNOLOGIE - SÉROLOGIE</b>

**PLAIES - PUS - DIVERS** : Préciser dans les cases ci-dessous ainsi que sur chaque prélèvement sa nature exacte et sa localisation.

Plaie chirurgicale :	Prélèvements ostéoarticulaires non IOA :
Pus superficiels :	
Pus profonds :	Autres prélèvements :