

	GCS DE BIOLOGIE MEDICALE (LBM)³	R1-a-M-ENR 31
	PRESCRIPTION D'EXAMENS CEGIDD	Version : 1
Date d'application : 2022-10-03		

SERVICE : (A noter obligatoirement même s'il y a une étiquette)

ETIQUETTE PATIENT **ou :**

NOM (En Capitales) : NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

Ou IDENTIFIANT CEGIDD :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE (Obligatoire) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS OBLIGATOIRES :

☐ Fièvre ☐ Immunodépression Grossesse : ☐ Non ☐ OuiSA

Autres renseignements :.....

.....

Traitement antibiotique en cours ou arrêté récemment: ☐ Non ☐ Oui (molécule, posologie et date d'instauration):

.....

DIAGNOSTIC DIRECT

- ☐ PCR *Chlamydia trachomatis* /*Neisseria gonorrhoeae*
 - ☐ 1^{er} jet d'urine
 - ☐ Urétral
 - ☐ Vaginal
 - ☐ Anus
 - ☐ Pharynx
- ☐ *M.genitalium* / *Trichomonas vaginalis* (Si symptômes uniquement)

En cas de PCR + à Gonocoque : une culture sera effectuée pour réaliser un antibiogramme

En cas PCR + à *Chlamydia trachomatis* au niveau anal : la souche sera adressée au CHU Bordeaux pour typage

En cas de PCR + à *Mycoplasma genitalium*, la souche sera adressée au CHU Bordeaux pour recherche de résistance aux macrolides

SEROLOGIE

- ☐ VIH
- ☐ Syphilis
- ☐ Hépatite B
 - ☐ Ag HBs
 - ☐ Ac anti-HBs
 - ☐ Ac anti-HBc totaux
- ☐ Hépatite C
- ☐ Hépatite A
- ☐ Hépatite E
- ☐ Autre :

Autres

- ☐ Charge virale VIH
- ☐ Immunophénotypage CD3/C/CD8
- ☐ Charge virale HCV
- ☐ Charge virale HBV
- ☐ Autre:

NOM DU **PRESCRIPTEUR** ET **SIGNATURE**

NOM DU **PRELEVEUR**

DATE DE LA DEMANDE

DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT