

<b>(LBM)<sup>3</sup></b>	<b>GCS DE BIOLOGIE MEDICALE (LBM)<sup>3</sup></b>	<b>R1-a-M-ENR 25</b>
<b>Date d'application : 2020-07-21</b>	<b>PRESCRIPTION D'EXAMENS MICROBIOLOGIQUES</b>	<b>Version : 2</b>

**SERVICE :**

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

**ETIQUETTE PATIENT**

ou :

NOM (En Capitales) :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE (Obligatoire) :

DATE D'HOSPITALISATION :

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS OBLIGATOIRES:**
 Fièvre    Immunodépression   Grossesse :  Non    Oui .....SA

Autres renseignements : .....

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

<b>HEMOCULTURE</b> <input type="checkbox"/> Périphérique <input type="checkbox"/> Sur matériel : ..... <input type="checkbox"/> Endocardite (incubation prolongée) <input type="checkbox"/> Pédiatrique <input type="checkbox"/> Autre site : .....	<b>ECBU</b> Cystite <input type="checkbox"/> Pyélonéphrite <input type="checkbox"/> autre: ..... <input type="checkbox"/> Miction spontanée <input type="checkbox"/> Par sondage aller-retour <input type="checkbox"/> Sur sonde à demeure (SCBU) <input type="checkbox"/> Autre : .....	<b>GENITAL</b> <input type="checkbox"/> Prélèvement vaginal <input type="checkbox"/> Recherche seule de Strepto B (34-38 SA) <input type="checkbox"/> Prélèvement urétral <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i> /Gonocoque (PCR) <input type="checkbox"/> <i>M.genitalium</i> (PCR) hors nomenclature <input type="checkbox"/> Mycoplasmes génitaux ( <i>U. urealyticum</i> et <i>M. hominis</i> ) <input type="checkbox"/> Stérilet (recherche d'Actinomyces) <input type="checkbox"/> Autre site : .....
<b>SELLES</b> <b>contexte:</b> ..... <input type="checkbox"/> Coproculture standard <input type="checkbox"/> Virologie (adeno et rotavirus) <input type="checkbox"/> Recherche d'infection à <i>C.difficile</i> <input type="checkbox"/> Parasitologie	<b>LIQUIDE DE PONCTION</b> <input type="checkbox"/> Articulaires localisation: ..... <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Autre : .....	<b>PERINATAL/OBSTETRIQUE</b> <input type="checkbox"/> Liquide gastrique <input type="checkbox"/> Placenta
<b>ANTIGENES SOLUBLES URINAIRES</b> <input type="checkbox"/> Pneumocoque <input type="checkbox"/> Légionelle	<b>PRELEVEMENT ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Liquide péritonéal <input type="checkbox"/> Liquide biliaire <input type="checkbox"/> Liquide de cul de sac de Douglas <input type="checkbox"/> Autre : .....	<b>INFECTION OSTEO-ARTICULAIRE</b> <b>Contexte:</b> ..... <input type="checkbox"/> n°1 localisation:..... <input type="checkbox"/> n°2 localisation:..... <input type="checkbox"/> n°3 localisation:..... <input type="checkbox"/> n°4 localisation: ..... <input type="checkbox"/> n°5 localisation:.....
<input type="checkbox"/> <b>LCR</b> Contexte: .....	<b>BRONCHO-PULMONAIRE</b> <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Aspiration trachéale <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique <input type="checkbox"/> Prélèvement trachéal protégé	<b>MATERIEL:</b> <input type="checkbox"/> Dispositif intra-vasculaire: ..... <input type="checkbox"/> Autre : .....
<b>PUS SUPERFICIEL</b> <b>Contexte:</b> ..... <input type="checkbox"/> Origine: .....	<b>ORL</b> <b>Contexte:</b> ..... <input type="checkbox"/> Auriculaire <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Bouche/Langue (recherche muguet) <input type="checkbox"/> Autre: .....	<b>DEPISTAGE</b> <input type="checkbox"/> BHRé <input type="checkbox"/> naïf <input type="checkbox"/> contact (bactérie:.....) <input type="checkbox"/> <i>S.aureus</i> nasal avant pose de prothèse
<b>PUS PROFOND (Collection fermée)</b> <i>Écouvillon proscrit</i> <b>Contexte:</b> ..... <input type="checkbox"/> Origine:.....		<b>AUTRES EXAMENS:</b>
<b>OPHTALMOLOGIE</b> <b>Contexte:</b> ..... <input type="checkbox"/> Origine: .....		

NOM DU PRESCRIPTEUR ET SIGNATURE

NOM DU PRELEVEUR

DATE DE LA DEMANDE

DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT