NIP
Nom : .....
Nom Jeune Fille : .....
Prénom : .....
DDN : ...../...../..... Sexe : .....

Etiquette UH

Prescripteur Code APH
Nom : .....
Fonction : .....

Préleveur
Nom : .....
Fonction : .....

Hôpital Bichat Claude-Bernard AP-HP

VIROLOGIE (site Bichat) - Pr Diane DESCAMPS
Réception : 01 40 25 88 96 Résultats : 54855
Fax pour rajout d'examen/correction non-conformité : 01 40 25 8

VIROLOGIE : SACHET ORANGE (BCH)
SACHET GRIS (HORS BC
Laboratoire de jour : 7h30 - 17h30 (semaine)
8h00 - 12h30 (samedi)
Laboratoire de garde : autres plages horaires

RD 6740/14 VI27 01-2023

Date de Prélèvement JJ/MM/A ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ **Heure** ☐☐ : ☐☐

Renseignement clinique

Contextes cliniques particuliers :
- ☐ Greffé
  Organe : _____
- ☐ Notion de contage
  Agent Infectieux : _____
  Date : ___ / ___ / _____
- ☐ Immunodépression
- ☐ Grossesse : _____ SA
- ☐ Suspicion primo-infection VIH

☐ **Test rapide VIH** (Site BCH) - Renseignements cliniques obligatoires ; Sachet NOIR
1 Tube sec (Rouge) ; Hors des horaires de jour : analyse réalisée en garde

☐ **Accident d'exposition virale** ☐ Professionnel(*) ☐ Non professionnel
Date : ____ / ____ / _____ ____ h ____
Prélèvement de la : ☐ personne source ☐ personne exposée
Médecin référent a contacter : Nom : _____ Tél/Bip : _____

☐ **Femme enceinte** (sérologie VIH inconnue et situation d'urgence)
☐ **Orientation diagnostique rapide**, diagnostic suspecté : _____

(*) Site Bichat : Contacter impérativement le médecin référent AES
(cf. Procédure de prise en charge des AES) / Site hors Bichat : Remplir Feuille du site (BJN/LMR))

Renseignements cliniques supplémentaires :

Cyberlab
☐ Patient non consentant
☐ Personnel

Sérologies virales

VIH et HEPATITES VIRALES - *1 seul tube sec (rouge) pour l'ensemble*

VIH 1 et 2
- ☐ Dépistage
- ☐ Antigène p24

Accord biologiste obligatoire pour :
- ☐ Western Blot VIH-1
- ☐ Western Blot VIH-2
- ☐ Différenciation 1/2
- ☐ Sérotypage (VIH-1 M/O, 2 ...)

Virus de l'Hépatite B
- ☐ Dépistage (AgHBs, AcHBs, AcHBc)
  AntiHBc pour AgHBs Pos au labo
- ☐ Hépatite chronique (AgHBs, AgHBe, AcHBe)
- ☐ Suivi transplantation hépatique (AgHBs, AcHBs)

Cas particuliers :
- ☐ AgHBs en urgence (Horaires de jour)
  Indication obligatoire : .....
  Systématiquement complété par AcHBs, AcHBc
- ☐ Antigène HBs quantitatif
- ☐ Contrôle vaccinal Méd. du travail (AcHBs)

Virus de l'Hépatite A
- ☐ Statut immunitaire (AcT)
- ☐ Hépatite aiguë (IgM)

Virus de l'Hépatite C
- ☐ Dépistage

Virus de l'Hépatite D
- ☐ Dépistage (AcT, si AgHBs positif)

Virus de l'Hépatite E
- ☐ Hépatite aiguë (IgM)

Autres virus - *1 seul tube sec (rouge) pour l'ensem*

Cytomégalovirus (CMV)
- ☐ Statut immunitaire et inf. aiguë (IgG et IgM)
- ☐ Test d'avidité (Si femme enceinte)

Epstein-Barr-Virus (EBV)
- ☐ Statut immunitaire et inf. aiguë (IgM VCA, IgG VCA, EBNA)

Herpes Simplex virus (HSV1/2)
- ☐ Statut immunitaire (IgG)

Varicelle Zona virus (VZV)
- ☐ Statut immunitaire (IgG)

SARS CoV-2
- ☐ Statut immunitaire Anti N et S (IgG)

Virus de la Rubéole
- ☐ Statut immunitaire (IgG)
- ☐ Infection aiguë (IgG complété des IgM à l'extérieur)
- ☐ Infection congénitale (IgG complété des IgM à l'extérieur)

Parvovirus B19
- ☐ Statut immun et inf. aiguë (IgG et IgM)

☐ **Herpes Virus 6 (HHV6)** (IgG)

☐ **HTLV 1/2** (IgG, éventuellement complété d'un WB à l'extérieur)

Virus de la Dengue
- ☐ Test rapide antigène NS1
  Début des symptômes: _____ / _____
- ☐ Test rapide IgG et IgM (Complété par un ELISA à l'extérieur)

Virus de la Rougeole
- ☐ Statut Immunitaire (IgG)
- ☐ Infection aiguë (IgG et IgM)

Virus des Oreillons
- ☐ Statut immunitaire (IgG)

NON IMPRIMABLE

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE : Revue de contrat. ☐ Sachet Noir

Type et nombre de prélèvements reçus :

Date et heure d'arrivée à l'accueil du site expéditeur - Visa

Non-conformité critique
- ☐ Echantillon(s) non identifié(s)
- ☐ Discordance Echt/Prescription
- ☐ Echantillon(s) manquant(s)
- ☐ Contenant non adapté
- ☐ Echantillon(s) accidenté(s)

Tel : ☐ Oui ☐ Non

☐ Autres NC Critique

☐ Si Pré-traitement : ☐ Centrifugation ☐ Décantation
☐ Pas de pré-traitement
☐ Conservation avant envoi ☐ TA ☐ 2 à 8°C ☐ - 20°C

Date et heure d'arrivée à l'accueil du site destinataire - Visa

RD 6740/14 VI28 02-2022

☐ NC Crit ☐ Pres.Abs ☐ Prel.Abs ☐ UHabs ☐ Cond.tran ☐ Cond.prea ☐ Tub+ ☐ Autres

VIROLOGIE GENERALE - Recherche directe (PCR)

SANG - *1 tube EDTA (violet) - Si BK Virus +1 tube*

- ☐ Cytomégalovirus
- ☐ Epstein-Barr Virus
- ☐ Herpes Simplex Virus 1/2
- ☐ Varicelle Zona Virus
- ☐ Adénovirus
- ☐ JC Virus
- ☐ BK Virus + 1 Tube EDTA
- ☐ ZIKA

MOELLE OSSEUSE - *1 tube EDTA (violet)*

- ☐ Cytomégalovirus
- ☐ Epstein-Barr Virus
- ☐ Herpes Simplex Virus 1/2
- ☐ Adénovirus
- ☐ JC Virus
- ☐ Varicelle Zona Virus

Sang FOETAL - *1 tube EDTA (violet)*

- ☐ Cytomégalovirus
- ☐ Varicelle Zona Virus

LCR - *1 tube sec*

- ☐ PCR multiplex
  (Si PCR spécifique, téléphoner au biologiste)
- ☐ Epstein-Barr Virus
- ☐ JC Virus

Selles - *1 pot stérile*

- ☐ Test rapide Rotavirus-Adénovirus (enfants, immunodéprimés)
- ☐ Entérovirus (PCR)
- ☐ Adénovirus (PCR)

Autres Prélèvements - 1 milieu de transport VIROCULT *(fournis par le laboratoire de virologie)*

Prélèvements respiratoires ☐ Naso-pharyngé (N-P) ☐ Aspiration N-P ☐ Aspiration Bronchique ☐ LBA ☐ Autre : _____	*Virus respiratoires* ☐ PCR Multiplex Rens. Clinique Obligatoire ☐ Grippe A/B et VRS ☐ MERS Coronavirus Prévenir le biologiste	*Autres virus* ☐ Herpes Simplex Virus 1/2 ☐ Epstein-Barr Virus ☐ Cytomégalovirus ☐ Adénovirus ☐ Varicelle-Zona Virus *COVID-19* ☐ SARS CoV-2 ☐ Personnel
Prélèvement génital Site : _____	☐ Herpes Simplex Virus	☐ Zika virus
Autres cutanéo-muqueux ☐ Gorge ☐ Oeil ☐ Pharynx ☐ Autre : _____	☐ Virus respiratoires ☐ Herpes Simplex Virus 1/2 ☐ Adénovirus	☐ Entérovirus ☐ Varicelle-Zona Virus ☐ Autres Virus (Préciser) :
Biopsie Site : _____	☐ Cytomégalovirus ☐ Epstein-Barr Virus ☐ Adénovirus	☐ Herpes Simplex Virus 1/2 ☐ Entérovirus ☐ Varicelle-Zona Virus ☐ BK Virus
Liquide amniotique	☐ Cytomégalovirus ☐ Herpes Simplex Virus 1/2	☐ Varicelle-Zona Virus ☐ Entérovirus ☐ Zika Virus
Urine	☐ Cytomégalovirus ☐ Adénovirus	☐ JC Virus ☐ Zika Virus ☐ BK Virus
Liquide, Ponction *(hors LCR, amniotique)* Type : _____	☐ Cytomégalovirus ☐ Herpes Simplex Virus	☐ Autre(s) : _____ *(Vérifier auprès du laboratoire la faisabilité de l'analyse)*

Autres examens (Cf. Catalogue examen) - HPV (Cf feuille spécifique)

Nature de prélèvement :	Analyse : Renseignement clinique :

NON IMPRIMABLE