

Etiquette patient :

NIP :
Prénom :
Nom :
DDN : Sexe :

Etiquette
UH

Prescripteur :

Code APH :
Nom :
Prénom :
Fonction :

Préleveur :

Code APH :
Nom :
Prénom :
Fonction :
Tel :



BEAUJON BACTERIOLOGIE - Pr Laurence Armand

Téléphone: 75455 / 75618
Fax : 01.40.87.47.37 de 7h30 à 18h30

FEMME / ENFANT

Non Urgent sachet blanc
Urgent sachet noir

MC16 V02 02-2020

Date de Prélèvement

JJ/MM/AA

Heure

 :
Une feuille de demande par type de prélèvement☐ Merci de bien noircir les cases

Renseignements cliniques :

☐ Enceinte (nombre de SA :)
☐ Non enceinte

☐ En suite de couche
☐ Avec stérilet

☐ Après césarienne
☐ Immunodépression

Antibiothérapie :

☐ Non☐ Oui

Si oui, précisez :

PRELEVEMENT CERVICO - VAGINAL

Contexte : Ne cocher qu'un seul contexte1 - ☐ Bilan pré-IVG2 - ☐ Leucorrhée3 - ☐ Prurit vulvaire4 - ☐ Suspicion de cervicite5 - ☐ Suspicion d'IST6 - ☐ Suspicion d'infection génitale haute7 - ☐ Dépistage du SGB (34 - 38 SA)8 - ☐ Infection du post partum9 - ☐ Fièvre au cours du travail10 - ☐ Autre :11 - ☐ Menace d'Accouchement Prématuro

Rupture Prématuro des Membranes :

12 - ☐ Avant terme13 - ☐ A terme avant travail14 - ☐ A terme (>12h)Analyse(s) demandée(s) :☐ Dépistage standard Strepto B seul : SGB (34 - 38 SA) = 1 Eswab (Bouchon Rose = BR)☐ PV femme non enceinte

Flore vaginale + T. vaginalis = 1 Eswab BR + Gonocoque = 1 Eswab BR sur endocol

☐ PV femme enceinteFlore vaginale + T.vaginalis + ☐ Recherche gonocoque seulement si cervicite ou IST☐ Mycoplasme : 1 milieu DUO ensemencé☐ Dépistage streptocoque du groupe B par GeneXpert : Double écouvillon du GeneXpert

Uniquement pour les contextes de demande N° 11, 12, 13

☐ Chlamydia trachomatis / Nesseria gonorrhoeae par GeneXpert Kit de prélèvement GeneXpert CT/NG Vaginal + endocol

Uniquement pour les contextes de demande N° 1, 4, 5, 6 (10 : si bilan d'infertilité)

URINE

Premier jet urinaire

☐ PCR Chlamydiae trachomatis/ N.gonorrhoeae

Kit de prélèvement GeneXpert CT/NG Urinaire

PRELEVEMENT GENITAL AUTRE

Mode de recueil:☐ Ecouvillonnage☐ Per endoscopie☐ Per opératoire☐ Autre, précisez :Type de lésion :☐ Abscess☐ Pus☐ Cicatrice☐ Autre, précisez :Site :☐ Glande de Bartholin☐ Cul de sac de Douglas☐ Autre, précisez :

MATRIEL

Type de matériel :☐ Stérilet☐ Fil de cerclage☐ KT peridural

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE : Revue de contrat		☐ Sachet noir
Prélèvement(s) reçu(s) : ☐ Tube ☐ Ecouvillon ☐ Flacon d'hémoculture ☐ Pot ☐ Autre		Date de heure d'arrivée à l'accueil du site expéditeur - Visa
Identification d'une non-conformité (NC) critique : Cocher la case NC critique sous le Code à barres et indiquer sa nature.		
TEL: ☐ Oui ☐ Non ☐ Echantillon non identifié ☐ Echantillon manquant ☐ Echantillon accidenté ☐ Contenant non adapté ☐ Discordance Echantillon/Prescription ☐ Ech. non différenciés		
Identification d'une non-conformité non critique : Cocher la case du type de NC non critique sous le Code à barres.		



MC17 verso V2 02.2020

☐ NC Crit ☐ Pres.abs ☐ Prel.abs ☐ UH abs ☐ Heure abs ☐ Date/H abs ☐ Rens.cli. abs ☐ Analyse abs ☐ Autre NC Presc

PRELEVEMENT MATERNEL

☐ Placenta ☐ Liquide amniotique ☐ Lait maternel (si abcès du sein)

PRELEVEMENT DU NOUVEAU NE

Un prélèvement par feuille, excepté liquide gastrique / oreille ou BMR

Contexte clinique :

Antibiothérapie : ☐ Non ☐ Oui Si oui, précisez :

☐ Liquide gastrique ☐ Anus ☐ Oeil
☐ Oreille ☐ Autre site , précisez :

Hémoculture pédiatrique

N° : ☐ N°1 ☐ N°2

Température ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9

Coller étiquette du flacon
pédiatrique (jaune)

Dépistage de BMR

Recherche BLSE (Bêta-Lactamase à Spectre Etendu) et SARM (S.aureus Résistant à la Méricilline)

Contexte : ☐ A la naissance ☐ Suivi

Site prélevé : ☐ Oropharynx ☐ Anus ☐ Autre site, précisez :

Autre prélèvement néonatal

☐ Lait maternel tiré : contrôle de stérilité
☐ LCR
☐ Autre prélèvement, précisez :