

NIP

Prescripteur
Code APH

Préleveur

Nom :
 Nom jeune fille :
 Prénom :
 DDN :/...../..... Sexe :

Etiquette
UH

Nom :
 Fonction :
 Tél :

Nom :
 Fonction :



BACTERIOLOGIE - Pr Laurence ARMAND
 Réception : 53501 Résultats : 58509 / 53509 / 53510 / 58538

**BACTERIOLOGIE
STANDARD - PAS**
 (Sachet blanc)

**Date de prélèvement :**

Jour ☐01 ☐02 ☐03 ☐04 ☐05 ☐06 ☐07 ☐08 ☐09 ☐10 ☐11 ☐12 ☐13 ☐14 ☐15 ☐16 ☐17
☐18 ☐19 ☐20 ☐21 ☐22 ☐23 ☐24 ☐25 ☐26 ☐27 ☐28 ☐29 ☐30 ☐31

Mois ☐Jan ☐Fev ☐Mar ☐Avr ☐Mai ☐Juin ☐Juil ☐Aou ☐Sep ☐Oct ☐Nov ☐Dec

Heure de prélèvement :

Heure ☐00 ☐01 ☐02 ☐03 ☐04 ☐05 ☐06 ☐07 ☐08 ☐09 ☐10 ☐11 ☐12 ☐13 ☐14 ☐15 ☐16 ☐17 ☐18 ☐19 ☐20 ☐21 ☐22 ☐23
Min ☐00 ☐05 ☐30 ☐45

Un SEUL échantillon biologique par feuille

Contexte :

- ☐ Fièvre ☐ Greffé pulmonaire
☐ Diabète ☐ Greffé cardiaque
☐ Immunodépression ☐ Autre greffe :
☐ Grossesse

Renseignements cliniques :

Antibiothérapie : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

PRELEVEMENTS CUTANES SUPERFICIELS

- ☐ Lésion cutanéomuqueuse ☐ Ulcération
☐ Ecoulement ☐ Escarre
☐ Point insertion KT ☐ Cicatrice
☐ Cartographie S. aureus
☐ Autre, précisez :

Mode de recueil :

- ☐ Ecouvillon
☐ Autre :

Localisation précise :**PRELEVEMENTS CUTANES PROFONDS**

- ☐ Abscess ☐ Hématome
☐ Phlegmon ☐ Malignant
☐ Panaris ☐ Clou
☐ Cellulite
☐ Autre, précisez :

Mode de recueil :

- ☐ Ecouvillon
☐ Biopsie
☐ Ponction
☐ Autre :

Localisation précise :**PRELEVEMENTS ORL / OPHTALMOLOGIQUES**

- ☐ Gorge ☐ Conjonctive
☐ Oreille ☐ Corne
☐ Sinus ☐ Autre :

Mode de recueil :

- ☐ Ecouvillon
☐ Grattage
☐ Biopsie
☐ Autre :

Per-opératoire :

☐ Per-opératoire, précisez :

Post-opératoire :

☐ Liquide de drain / redon, précisez :

PRELEVEMENTS DIGESTIFS

- ☐ Liquide péritonéal ☐ Foie ☐ Bile
☐ Pancréas ☐ Biopsie de colon ☐ Vésicule biliaire
☐ Autre, précisez :

☐ + Flacon(s) Bactec

Coller le code à barre du
flacon aérobique
(bleu)

Coller le code à barre du
flacon anaérobique
(rose)

Post-opératoire :

☐ Liquide de drain abdominal, précisez :

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE : Revue de contrat.		☐ Sachet Noir
Type et nombre de prélèvements reçus : ☐ Flacons Bactec ☐ Monovette ☐ Ecouvillon ☐ Tube ☐ Pot ☐ Autres :		Date et heure d'arrivée à l'accueil du site expéditeur - Visa
Non-conformité critique : ☐ Echantillon(s) non identifié(s) ☐ Discordance Echl/Prescription ☐ Echantillon(s) manquant(s) ☐ Contenant non adapté ☐ Echantillon(s) accidenté(s)	Tel: ☐ Oui ☐ Non	Date et heure d'arrivée à l'accueil du site destinataire - Visa
☐ Si Pré-traitement : ☐ Centrifugation ☐ Décantation ☐ Pas de pré-traitement ☐ Conservation avant envoi ☐ TA ☐ 2 à 8°C ☐ - 20°C		



MB6V 02-11-2020

☐ NC Crit ☐ Pres abs ☐ Prel abs ☐ UH abs ☐ Cond trans ☐ Cond préa ☐ Tub+ ☐ Autres

PRELEVEMENTS CARDIO-VASCULAIRES

☐ Valve aortique ☐ Valve mitrale ☐ Valve pulmonaire ☐ Valve tricuspide ☐ Autre :	☐ Aorte ☐ Thrombus ☐ Péricarde ☐ Végétation	☐ Médiastin ☐ Scarpa	Mode de recueil : ☐ Ecouvillon ☐ Ponction ☐ Per-opératoire	Localisation précise :
Post-opératoire : ☐ Liquide de redon médiastinal n° : ☐ Liquide de redon scarpa n° : ☐ Autre liquide de redon :		Matériel : ☐ Valve prothétique ☐ Prothèse vasculaire ☐ Electrode ☐ Fil d'acier ☐ Autre, précisez :		Localisation précise :

PRELEVEMENTS PULMONAIRES

☐ Per-opératoire, précisez : ☐ Biopsie, précisez : ☐ Autre prélèvement :	+ Recherche : ☐ Actino / Nocardia ☐ Légionnelle	☐ Liquide drain pleural ☐ Autre liquide drain, précisez :
---	--	--

TRANSPLANTATION

Liquide de conservation : ☐ Poumon ☐ Coeur ☐ Autre :	Autres prélèvements : ☐ Bronche donneur ☐ Autre prélèvement greffon, précisez :	N° CRISTAL OBLIGATOIRE :
---	--	--

PRELEVEMENTS OSTEO-ARTICULAIRES

☐ Tissus contact matériel ☐ Tissu contact de l'os ☐ Os ☐ Liquide articulaire per-op ☐ Autre, précisez : ☐ + Flacon Bactec :	Mode de recueil : ☐ Prélèvement per-opératoire ☐ Biopsie ☐ Ponction ☐ Autre, précisez :	Localisation, précisez : ☐ Hanche ☐ Genou ☐ Fémur ☐ Droit ☐ Tibia ☐ Gauche ☐ Vertèbre ☐ Autre, précisez :
Coller le code à barre du flacon aérobic (bleu)	Coller le code à barre du flacon anaérobic (rose)	Matériel : ☐ Vis ☐ Clou ☐ Prothèse
		Post-opératoire : ☐ Liquide de drain, précisez :

PRELEVEMENTS GYNECOLOGIQUES

☐ Liquide péritonéal ☐ Liquide de Douglas ☐ Glande de Bartholin ☐ Autre, précisez :	+ Recherche (utilisez des tubes de transport appropriés) : ☐ PCR Chlamydiae / Gonocoque ☐ Culture M. hominis+U. urealyticum ☐ PCR Mycoplasma genitalium
--	---

PRELEVEMENTS UROLOGIQUES

☐ Biopsie, prélèvement profond, précisez : ☐ Per-opératoire, précisez :
--

AUTRES PRELEVEMENTS

☐ Moëlle ☐ Ganglion ☐ Produit sanguin labile Type et n° :	☐ Autre prélèvement profond : Précisez : ☐ Autre per-opératoire : Précisez :
---	---

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Ne sera réalisée qu'après accord avec le biologiste de votre secteur (DECT : 58924) ☐ Recherche ADN 16 S Nature du prélèvement, précisez :
--