

|                          |                               |                    |                              |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Nom : .....              | <b>Etiquette</b><br><b>UH</b> | Prescripteur ..... | Cadre réservé au laboratoire |
| Nom de Naissance : ..... |                               | Code APH.....      |                              |
| Prénom : .....           |                               | Nom : .....        |                              |
| DDN : .....              |                               | Prénom : .....     |                              |
| Sexe : .....             |                               | Tél : .....        |                              |



**Feuille de Prescription Médicale**  
**Service de Microbiologie-Hygiène**  
Responsable : Dr L. LANDRAUD  
Tél. 01 47 60 60 13    Sérologie : 66 28    Garde 68 82 – Bip 298  
(16h30 à 8h00)

Préleveur (étiquette)  
Nom : .....

Fonction : .....

Tél. ....

Date de prélèvement      /   /      Heure      :

**ZONE RESERVEE AU PRESCRIPTEUR**     **Urgent**

**Renseignements Cliniques Obligatoires+++**

Antibiothérapie :

Autres :

## BACTERIOLOGIE NEONATALOGIE

(1 seul prélèvement par demande et par sachet)

### HEMOCULTURE (\*)

Heure : \_\_\_\_\_ Température : \_\_\_\_\_

Périphérique

Sur cathéter

Veineux central     Ombilical     Artériel

Contexte transfusionnel

*Coller les étiquettes flacons sur la feuille*

### MATÉRIEL

Cathéter

central     artériel     périphérique     Ombilical

Localisation :

### SELLES

Coproflores, uniquement sur prescription médicale et

Avec renseignements cliniques :

Nom du prescripteur :

Renseignements :

Recherche d'un pathogène dans les selles, préciser :

Rotavirus – Adénovirus (Test Immunochromatographique)

Norovirus (Test Immunochromatographique)

### LIQUIDES DE PONCTION / DRAIN

LCR (\*)

Ascite (\*)

Pleural (\*)

Collection profonde (\*)

Liquide péritonéal

Autre :

Liquide de Drain / Redon

Localisation :

### Prélèvements SUPERFICIELS

Plaie

Cicatrice

Point de ponction KT

Autre

Nature :

Localisation :

Recherche particulière :

### URINES (\*)

Poche collectrice

Ponction sus-pubienne

### BRONCHO-PULMONAIRE - ORL

Aspiration trachéale (\*)

Aspiration pharyngée

VRS (lavage nasal) (\*)

Grippe (écouvillonnage nasal / aspiration ou lavage naso-pharyngé)

Recherche particulière

Mycoplasmes génitaux (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*)

PCR Multiplex respiratoire

Autre :

### CARTOGRAPHIE CANDIDA (au moins 4 sites)

Urine

Aspiration trachéale

Liquide gastrique

Peau

Endobuccal

Rectal

Liquide de drain

*Si ce prélèvement complète une cartographie précédente (<24h), cocher ici :*

### DIVERS

Prélèvements périphériques de naissance (\*), uniquement si

Naissance <24h ou sur argumentation clinique :

Gastrique

Oreille

Anus

Trachée, *si intubation à la naissance*

Recherche de BMR, uniquement écouvillon rectal

Résidu gastrique

Prélèvement systématique

Suspicion d'entérococolite

Œil

Lait maternel

Autre :

## CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

### Identification d'une non-conformité critique :

Cocher la case non-conformité critique sous le Code à barres et indiquer la nature de cette non-conformité

- Echantillon(s) non identifié(s)     Echantillon(s) manquant(s)     Echantillon(s) accidenté(s)  
 Discordance Echant/Prescription     Contenant non adapté

### Identification d'une non-conformité non critique

Cocher la case du type de non-conformité non-critique sous le code à barres

Heure de réception au  
Laboratoire

\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Traçabilité du traitement de  
la demande :

Identification d'une non-conformité :

**NC Critique**

NC non critique

Identité

Echantillon

Prescription

Scan Ordo

(\*) Liste restrictive des examens réalisés sur la période horaire de 20h00-8h30