

NIP : .....	<b>Etiquette UH</b>	<b>Prescripteur (étiquette)</b>	Cadre réservé au laboratoire
Nom : .....		Code APH : .....	
Prénom : .....		Nom : .....	
DDN : .....		Prénom : .....	
Sexe : .....		Tél : .....	
	<b>Feuille de Prescription Médicale</b> <b>Service de Microbiologie-Hygiène</b> Responsable : Dr L. LANDRAUD Tél. 01 47 60 60 13    Sérologie : 66 28    Garde 68 82 – Bip 298 (16h30 à 8h00)		<b>Préleveur (étiquette)</b> Nom : .....
			Fonction : .....
		Tél. ....	

Date de prélèvement      /   /      Heure      :

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

**Renseignements Cliniques Obligatoires +++**

- Suspicion d'ISO     Immunodéprimé     Aplasie     Antibiothérapie :  
 Autres :

## BACTERIOLOGIE

(1 seul prélèvement par demande et par sachet)

HEMOCULTURE (*)	COPROCULTURE
Heure : _____    Température : _____ <input type="checkbox"/> <b>Périphérique</b> <input type="radio"/> Suspicion d'endocardite <input type="radio"/> Suspicion de brucellose  <input type="checkbox"/> <b>Sur cathéter</b> <input type="radio"/> Veineux central <input type="radio"/> Artériel <input type="radio"/> Autre : _____  <input type="checkbox"/> <b>Sur chambre implantable</b> <input type="checkbox"/> <b>Contexte transfusionnel</b>	<input type="checkbox"/> <b>Standard</b> (Salmonelle, Shigelle, <i>Campylobacter</i> ) <input type="checkbox"/> <b>Recherche de <i>C. difficile</i> toxinogène</b> <input type="checkbox"/> <b>Rotavirus – Adénovirus</b> (Test Immunochromatographique) <input type="checkbox"/> <b>Norovirus</b> (Test Immunochromatographique) <input type="checkbox"/> <b>Recherche particulière, préciser :</b>
PRELEVEMENTS SUPERFICIELS	
<input type="checkbox"/> <b>Cathéter</b> <input type="radio"/> central <input type="radio"/> artériel <input type="radio"/> périphérique <input type="radio"/> de dialyse Localisation : _____ <input type="checkbox"/> <b>Chambre implantable</b>	<input type="checkbox"/> <b>Plaie</b> <input type="checkbox"/> <b>Cicatrice</b> <input type="checkbox"/> <b>Point Ponction KT</b> <input type="checkbox"/> <b>Ulcère</b> <input type="checkbox"/> <b>Recherche de candidose</b> <input type="checkbox"/> <b>Autre prélèvement</b> Nature : _____    Localisation : _____ <input type="checkbox"/> <b>Recherche particulière</b> <input type="radio"/> Toxine de Panton-Valentine (PVL) <input type="radio"/> Autre : _____
PRELEVEMENTS PROFONDS ET CHIRURGICAUX	
<input type="checkbox"/> <b>Milieu de Jet</b> <input type="checkbox"/> <b>Sondage aller-retour</b> <input type="checkbox"/> <b>Sonde à demeure</b> <input type="checkbox"/> <b>Poche collectrice</b> <input type="checkbox"/> <b>Ponction sus-pubienne</b>	<input type="checkbox"/> <b>Collection profonde (*)</b> Nature / localisation : _____ <input type="checkbox"/> <b>Bile (*)</b> <input type="checkbox"/> <b>Douglas (*)</b> <input type="checkbox"/> <b>Pus péritonéal (*)</b> <input type="checkbox"/> <b>Biopsie</b> (préciser la localisation) : _____ <input type="checkbox"/> <b>Recherche particulière</b> (préciser) : _____
CARTOGRAPHIE CANDIDA (au moins 4 sites)	
<input type="checkbox"/> <b>LIQUIDES DE PONCTION (*)</b> <input type="checkbox"/> <b>LCR</b> <input type="radio"/> Bactériologie standard <input type="radio"/> PCR HSV <input type="radio"/> PCR Entérovirus <input type="radio"/> Autre recherche : _____ <input type="checkbox"/> <b>Ascite</b> } (+ ensemencement en flacon d'hémoculture <input type="checkbox"/> <b>Pleural</b> } dans le service) <input type="checkbox"/> <b>Articulaire</b> (+ ensemencement en flacon d'hémoculture si suspicion d'infection) Localisation : _____ <input type="checkbox"/> <b>Autre ponction :</b> _____	<input type="checkbox"/> <b>Aspiration trachéale (*)</b> <input type="checkbox"/> <b>Aspiration Bronchique</b> (patient intubé) (*) <input type="checkbox"/> <b>PDP (*)</b> <input type="checkbox"/> <b>LBA</b> <input type="checkbox"/> <b>Recherches particulières</b> <input type="radio"/> Actinomycètes / <i>Nocardia</i> <input type="radio"/> Légionelles <input type="radio"/> Autres : _____ <input type="radio"/> PCR BK sur crachat ( <b>uniquement après accord du biologiste</b> ) <input type="radio"/> PCR <i>Legionella</i> LBA ou Aspiration ( <b>uniquement après accord du biologiste</b> )
BRONCHO-PULMONAIRE	
<input type="checkbox"/> <b>LIQUIDES DE DRAINAGE</b> <input type="checkbox"/> <b>Liquide de Redon / Drain</b> <input type="checkbox"/> <b>Liquide de lame</b> Localisation : _____	<input type="checkbox"/> <b>Gorge</b> <input type="checkbox"/> <b>Oreille externe</b> D - G <input type="checkbox"/> <b>Oreille moyenne</b> D - G <input type="checkbox"/> <b>Paracentèse (*)</b> D - G <input type="checkbox"/> <b>Œil</b> D - G <input type="checkbox"/> <b>Ponction sinus (*)</b> D - G <input type="checkbox"/> <b>Sinus méat moyen</b> D - G
ANTIGENES SOLUBLES (*)	
<input type="checkbox"/> <b>Ag Cryptocoque</b> <input type="radio"/> LCR <input type="radio"/> Sang <input type="checkbox"/> <b>Ag Légionelle urines</b> <input type="checkbox"/> <b>Ag Pneumocoque</b> <input type="radio"/> Urine <input type="radio"/> LCR	<input type="checkbox"/> <b>ORL- OPHTALMOLOGIE</b>

**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 Echt/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

Identification d'une non-conformité :

 **NC Critique** NC non critique Identité Echantillon Prescription Scan OrdoHeure de réception au  
Laboratoire

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

Traçabilité du traitement de  
la demande :

Date de prélèvement

  /   /  

Heure

  :  **ZONE RESERVEE AU PRESCRIPTEUR** **Urgent****Renseignements Cliniques Obligatoires +++** Suspicion d'ISO Immunodéprimé Aplasie Antibiothérapie : Autres :**BACTERIOLOGIE MATERNITE ET NOUVEAUX NES****(1 seul prélèvement par demande et par sachet)****PRELEVEMENTS GENITAUX** **Vaginal femme non enceinte**

Contexte clinique à préciser pour l'interprétation

Bactériologique du résultat +++ : \_\_\_\_\_

 **Vaginal femme enceinte**

Terme de la grossesse en semaines d'aménorrhée : \_\_\_\_\_ SA

 Rupture poche des eaux (\*) Menace d'accouchement Prématuro (\*) Dépistage de Streptocoque du groupe B (35-37 SA) **Endocol (\*)**

(uniquement pour suspicion d'endométrite ou recherche de gonocoque)

 **Urétral (\*)** **1<sup>er</sup> jet d'urine (\*)** **Recherche par PCR de *Chlamydia trachomatis*,  
*Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*****Homme :** Rectal Gorge 1<sup>er</sup> jet**Femme :** Vaginal Endocol Rectal Gorge Pyosalpinx Autovaginal

Hors pyosalpinx, adresser les prélèvements dans le milieu de transport adapté

**+ Recherche complémentaire pour *M. genitalium* (résistance):** Patient Symptomatique uniquement Geste endo-utérin à venir **Mycoplasmes uro-génitaux**

Dans milieu de transport spécifique

*(Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum)* **Vulve** **Stérilet** **Fil de cerclage** **Autre, recherche particulière, préciser :****MATERNITE ET NOUVEAUX NES (\*)** **Liquide amniotique** **Placenta** **Prélèvements néonataux** Gastrique Oreille **Autre :****DIVERS** **Produits sanguins labiles :** **Autre prélèvement, préciser :****DEPISTAGE DE BMR / BHRé****la présence de selles doit être visible sur l'écouvillon +++** **Dépistage de Bactéries Multi-Résistantes (BMR)** Nez (SARM)     Ecouvillon rectal (EBLSE) Gorge (ABRI)     Ecouvillon rectal (ABRI)     Aisselle (ABRI)  
*en Réanimation médicale uniquement* **Bilan après hospitalisation à l'étranger**

ou

 **Bilan après séjour à l'étranger**

(séjour ≥ 2 mois et retour depuis moins de 3 mois)

 Nez (SARM) Ecouvillon rectal (ERV, EPC, EBLSE, ABRI) = 2 écouvillons rectaux **Dépistage rectal de Bactéries Hautement Résistantes Emergentes (BHRé)**Culture :     EPC     ERVPCR (après accord EOH ou biologiste uniquement)     EPC     ERV**DEFINITIONS**SARM : *Staphylococcus aureus* Résistant à la Méricilline

EBLSE : Entérobactérie productrice de β-Lactamase à Spectre Etendu

ABRI : *Acinetobacter baumannii* Résistant à l'Imipénème

EPC : Entérobactérie Productrice de Carbapénémase

ERV : Entérocoque Résistant à la Vancomycine

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