

Nom : Nom de Naissance : Prénom : DDN : Sexe :	Etiquette UH	Prescripteur Code APH Nom : Prénom : Tél :	Cadre réservé au laboratoire
 Biologie Génomique Médicale  AP-HP, Nord Université de Paris	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.
EXAMENS DE PARASITOLOGIE / MYCOLOGIE EXTERNES			
Date de prélèvement / /		Heure :	
ZONE JAUNE RESERVEE AU PRESCRIPTEUR RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES ☐ Immunodépression ☐ Fièvre ☐ Atteinte pulmonaire ☐ Troubles neurologiques ☐ Contrôle après traitement ☐ Autre : ☐ Notion de voyage Pays : Date de retour : / /		EMPLACEMENT RESERVE AU SERVICE DESTINATAIRE	
EXAMENS		HOPITAL DESTINATAIRE	
☐ AMIBIASE - Sérologie (tube sec*, 7 ml min*) ☐ ANGUILLULOSE - Sérologie (tube sec*, 4 ml min*) ☐ ASCARIDIOSE - Sérologie (tube sec*, 4 ml min*) ☐ ASPERGILLOSE - Sérologie (tube sec*, 4 ml min*) ☐ ASPERGILLOSE : Culture ☐ LBA ☐ Crachat ☐ Aspiration bronchique ☐ ASPERGILLOSE : PCR ☐ LBA (1 ml min*) ☐ Sang (EDTA, 7ml min*) ☐ ASPERGILLOSE : Antigène ☐ LBA ☐ BILHARZIOSE (Schistosomiase) - Sérologie (tube sec*, 4 ml min*) ☐ CRYPTOSPORIDIES ET MICROSPORIDIES – 3 selles à 2-3 jours d'intervalle ☐ CYSTICERCOSE (<i>Taenia solium</i>) – Recherche d'anticorps ☐ Sérum (tube sec*, 4 ml min*) ☐ LCR (tube sec*, 1 ml min*) : prélever un sérum en parallèle ☐ DISTOMATOSE (<i>Fasciola hepatica</i>) - Sérologie (tube sec*, 4 ml min*) ☐ ECHINOCOCCOSE ALVEOLAIRE - Sérologie (tube sec*, 4 ml min*) ☐ ECHINOCOCCOSE KYSTIQUE (Hydatidose) - Sérologie (tube sec*, 4 ml min*) ☐ FILARIOSE (Bancroftose, Dracunculose, Loase, Onchocercose) Sérologie (tube sec*, 4 ml min*) ☐ HISTOPLASMOSE - Sérologie (tube rouge, 4 ml min*) ☐ LARVA MIGRANS (Toxocarcose) - Sérologie (tube sec*, 4 ml min*) ☐ LEISHMANIOSE – PCR ☐ Moelle (+ 1 lame blanche de frottis médullaire) ☐ Sang (tube citrate de sodium) ☐ Biopsie (pot stérile) ☐ LEISHMANIOSE (tube citrate de sodium) Biopsie cutanée (flacon + goutte de sérum physiologique) ☐ MICROSPORIDIES ☐ PCR Selles ☐ Liquides divers (tube neutre 5 ml) : préciser la nature ☐ PARASITES DIGESTIFS – Selles ☐ PNEUMOCYSTOSE : Examen direct (LBA) + PCR (LBA ou crachats induits) ☐ TOXOPLASMOSE – Sérologie (tube sec*, 4 ml min*) ☐ Sang ☐ Sang cordon ☐ Sang nouveau-né ou enfant ☐ TOXOPLASMOSE PCR ☐ LCR, LBA (500 µl) ☐ Sang ou Moelle (tube EDTA) ☐ Biopsie ☐ TRICHINOSE (<i>Trichinella</i> sp.) - Sérologie (tube sec*, 4 ml min*)		BICHAT, Parasitologie - Mycologie Tél. : 01 40 25 78 97 Dr S. Houzé Ouverture : ☐ 8h00 - 17h30 du Lundi au Vendredi ☐ 9h00 - 12h30 le Samedi	
☐ HISTOPLASMOSE – PCR Sang (tube EDTA) ☐ ASPERGILLOSE ☐ Antigénémie (tube sec*, 4 ml min*) ☐ CANDIDOSE ☐ Antigénémie (mannane) (tube sec*, 4ml min*) ☐ Sérologie (tube sec*, 5 ml min*) ☐ CRYPTOCOQUE ☐ Titrage antigène soluble (sang, tube sec* jaune, 5 ml)		SAINT LOUIS, Parasitologie - Mycologie Tél. : 01 42 49 95 03	

*tube sec : tube à gel
 *min : minimum

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

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 ☐ Acheminement ☐ Scan Ordo**EXAMENS DE PARASITOLOGIE / MYCOLOGIE EXTERNES**

Date de prélèvement

 / /

Heure

 : **ZONE JAUNE RESERVEE AU PRESCRIPTEUR****RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES**

- ☐ Immunodépression ☐ Fièvre ☐ Eosinophilie > 0,6 G/L
☐ Contrôle après traitement ☐ Femme enceinte (*Sem. aménorrhée* : _____)
☐ Autre : _____
☐ Notion de voyage Pays : _____ Date de retour : ____/____/____

**EMPLACEMENT RESERVE AU
SERVICE DESTINATAIRE****EXAMENS****HOPITAL DESTINATAIRE**

- ☐ **TOXOPLASMOSE PCR**
○ Liquide amniotique (tube sec, 20 ml)
○ Placenta
○ Sang de Cordon (tube EDTA, **5 ml min***)

COCHIN, Parasitologie - Mycologie
Tél. : 01 58 41 22 52
Dr H. Yera

- ☐ **ANISAKIASE** - Sérologie (tube sec*, **5 ml min***)
☐ **MALADIE DE CHAGAS** (*Trypanosoma cruzi*) - Sérologie (tube sec*, **5 ml min***)
☐ **TRYPANOSOMOSE AFRICAINE** - Sérologie (tube sec*, 5 ml min*)

PITIE SALPETRIERE, Parasitologie -
Mycologie
Tél. : 01 42 16 01 80

AUTRES EXAMENS**N'hésitez pas à contacter un Microbiologiste de Louis-Mourier avant prescription**

Noter en toutes lettres :

*tube sec : tube à gel

* min : minimum