


ETIQUETTE PASTEL	TAMPON SERVICE	ETIQUETTE SGL	VERSION 2 Mai 2019 Secrétariat : 04 13 73 20 51 Fax : 04 13 73 20 52 IHU: 19-21 Bd Jean Moulin, 13005 Marseille cedex 05 Nord : Chemin des Bourrelly, 13915 Marseille cedex 20
NOM:			
NOM JEUNE FILLE:			
PRENOM:			
DATE NAISSANCE:			
SEXE:			

CULTURE Bacterio-Mycologie et EXAMENS DIRECTS Parasitologie

Date prélèvement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Heure prélèvement <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> URGENT
Prescripteur(Nom/Prénom/qualité) <input type="text"/>	Préleveur(Nom/Prénom/qualité) <input type="text"/>	U.F. Demandeuse <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES					
<input type="checkbox"/> Immunodéprimé	<input type="checkbox"/> Brûlés	<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Fièvre		
<input type="checkbox"/> Mucoviscidose	<input type="checkbox"/> Greffés	<input type="checkbox"/> Nouveau-Né	<input type="checkbox"/> Thérapie Cellulaire		
<input type="checkbox"/> AUTRE : Préciser					

Bons syndromiques	
RAPPEL: Disponible sur http://fr.ap-hm.fr/service/laboratoire-bacterio-virologie-hygiene-hopital-timone •INFECTIONS GASTROENTERITES •INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES	•MENINGITES et ENCEPHALITES AIGUES •INFECTIONS SEXUELLEMENTS TRANSMISSIBLES

HEMOCULTURES			
<input type="checkbox"/> Aérobie	info complémentaire: <input type="checkbox"/> LCTC <input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> + recherche LEVURES	Site du prélèvement: <input type="checkbox"/> Ponction veineuse <input type="checkbox"/> Port-a-cath® <input type="checkbox"/> Cathéter artériel	<input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale <input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique <input type="checkbox"/> PICC-line
<input type="checkbox"/> Anaérobie			
<input type="checkbox"/> Pédiatrique			

PRELEVEMENTS URINAIRES		
<input type="checkbox"/> Urines mictionnelles	<input type="checkbox"/> Urines sur sonde	Informations:

PRELEVEMENTS PROFONDS NON OSTEO-ARTICULAIRES				
<input type="checkbox"/> Anévrisme	<input type="checkbox"/> Ganglion	<input type="checkbox"/> Poumon	VALVES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bioprothèse <input type="checkbox"/> Mécanique <input type="checkbox"/> Native <input type="checkbox"/> Vasculaire
<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> Liq. De ponction	<input type="checkbox"/> Valve Aortique		
<input type="checkbox"/> Cerveau : Abscès	<input type="checkbox"/> Péricarde : Biopsie	<input type="checkbox"/> Valve Mitrale		
<input type="checkbox"/> Cerveau : Biopsie	<input type="checkbox"/> Péricarde : Liquide	<input type="checkbox"/> Valve Tricuspide		
<input type="checkbox"/> Cerveau : Empyème	<input type="checkbox"/> Pleural	<input type="checkbox"/> Autre :		

PEAU / TISSUS MOUS	
<input type="checkbox"/> Abscès Tissus mous	<input type="checkbox"/> Ecouvillon cutané
<input type="checkbox"/> Biopsie cutanée	<input type="checkbox"/> Phanères
<input type="checkbox"/> Biopsie cutanée des Brûlés	<input type="checkbox"/> Pvt Sous-cutané
<input type="checkbox"/> Ecouvillon Escarre-Ulcère	

GENITAUX / OBSTETRIQUES	
<input type="checkbox"/> Liq. amniotique	<input type="checkbox"/> Stérilet
<input type="checkbox"/> Lait maternel	<input type="checkbox"/> Vulve (mycologie)
<input type="checkbox"/> Placenta	<input type="checkbox"/> Vaginal hors IST
<input type="checkbox"/> Sperme	

Sphère O.R.L.			
<input type="checkbox"/> Pharyngé	<input type="checkbox"/> Sinus	<input type="checkbox"/> Pvt Endo-Buccal	<input type="checkbox"/> Autre :

DRAINS et CATHETER	
<input type="checkbox"/> Cathéter sanguin	<input type="checkbox"/> Matériel
<input type="checkbox"/> Drain / Liq.	<input type="checkbox"/> Pace-Maker/Sonde
<input type="checkbox"/> Drain de kher / Liq.	<input type="checkbox"/> Port-a-cath®
<input type="checkbox"/> Drain thoracique	<input type="checkbox"/> Redon

OSTEO-ARTICULAIRE			
<input type="checkbox"/> Os	<input type="checkbox"/> Articulaire : Capsule	<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Genou
<input type="checkbox"/> Os : Biopsie Synoviale	<input type="checkbox"/> Articulaire : Liq.	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Hanche
<input type="checkbox"/> Os : Moelle osseuse	<input type="checkbox"/> Articulaire : Liq. synovial	<input type="checkbox"/> Coude	
<input type="checkbox"/> Os : Pus		<input type="checkbox"/> Autre :	

AUTRES : Préciser la demande et/ou la nature du prélèvement	

RECHERCHES SPECIFIQUES CHAMPIGNONS - LEVURES - PARASITES- MYCOBACTERIES		
NATURE DU PRELEVEMENT (OBLIGATOIRE)	MYCOLOGIE et LEVURE	CULTURES
Précisez :	<input type="checkbox"/> Champignons filamenteux / Levures <input type="checkbox"/> Dermatophytes <input type="checkbox"/> Malassezia	<input type="checkbox"/> Mycobactéries

EXAMENS DIRECTS DE PARASITOLOGIE			
<input type="checkbox"/> Anguillules	<input type="checkbox"/> Eléments Parasitaires	<input type="checkbox"/> Œufs de Bilharzies	<input type="checkbox"/> Trypanosomes
<input type="checkbox"/> Babesia	<input type="checkbox"/> Filaires	<input type="checkbox"/> Plasmodium	
<input type="checkbox"/> Cryptocoque	<input type="checkbox"/> Kystes Œufs - Parasites	<input type="checkbox"/> Scotch test anal	