

ETIQUETTE PASTEL NOM: NOM JEUNE FILLE: PRENOM: DATE NAISSANCE: SEXE:	TAMPON SERVICE	ETIQUETTE SGL	VERSION Avril 2018 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
--	-----------------------	----------------------	---



IHU AP-HM BON BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE - INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES

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

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	NATURE DU PRELEVEMENT
	<input type="checkbox"/> Aspiration Bronchique <input type="checkbox"/> Aspiration Naso-pahryngée <input type="checkbox"/> Ecouvillon Naso-pharyngé <input type="checkbox"/> Expectoration
	<input type="checkbox"/> LBA <i>Autres prélèvements</i> <input type="checkbox"/> Sang EDTA <input type="checkbox"/> Urines en pot

DIAGNOSTIC SYNDROMIQUE (nécessite **1 prélèvement respiratoire + 1 pot urine + 1 sang EDTA**)

Rendu < 3h	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Pour les enfants (< 5 ans)</u> : <i>(tests antigéniques)</i> - <u>Pour les adultes et Enfants > 5 ans</u> : <i>(tests rapides RT-PCR)</i> - <u>Pour tous</u> : <i>(tests antigéniques)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Grippe A / B - Virus Respiratoire Syncytial (VRS) - Grippe A / B - Virus Respiratoire Syncytial (VRS) - Légionelle urinaire - Pneumocoque urinaire - Procalcitonine, tube EDTA
Rendu < 72h	-1) CULTURE BACTERIENNE (si Aspiration bronchique ou LBA ou Expectoration) -2) PCR <u>Toute l'année</u> : Grippe A+B +VRS +Métapneumovirus +Rhinovirus+Enterovirus +Adenovirus+ <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>nov. → avril</i> : Picornavirus + <i>Bordetella pertussis</i> + <i>Haemophilus influenzae</i> + <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>mai → oct.</i> : Parechovirus+ + Bocavirus+ Parainfluenzae +Coronavirus	

RESERVE AUX REANIMATIONS (nécessite **1 LBA** ou **1 Aspiration bronchique**)

PCR - *Staphylococcus aureus* + sensibilité à la méthicilline par PCR

DIAGNOSTIC A LA CARTE ou COMPLEMENT

Tests Rapides (rendu < 3h)

Sur prélèvement respiratoire : <i>< 5 ans, test antigénique / > 5 ans, RT-PCR</i>	<input type="checkbox"/> Grippe A / B <input type="checkbox"/> Virus Respiratoire Syncytial (VRS)	Sur urines : <i>Test antigénique</i>	<input type="checkbox"/> Légionelle <input type="checkbox"/> Pneumocoque
---	--	--	---

Rendu < 72h (prélèvement respiratoire et/ou Tube jaune gélosé)

PCR Virus	<input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> Coronavirus <input type="checkbox"/> Cytomégalovirus (CMV) <input type="checkbox"/> Enterovirus <input type="checkbox"/> Grippe A / B <input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Metapneumovirus <input type="checkbox"/> Parainfluenzae <input type="checkbox"/> Rhinovirus <input type="checkbox"/> Virus Resp. Syncytial (VRS) <input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HSV1+2	PCR Bactéries	<input type="checkbox"/> <i>Bordetella pertussis</i> (coqueluche) <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> <i>Coxiella burnetii</i> <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> <input type="checkbox"/> <i>Klebsiella pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> <i>Legionella pneumophila</i> <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pyogenes</i> <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoque)
PCR Parasites & Champignons	<input type="checkbox"/> <i>Aspergillus</i> spp. et / ou <input type="checkbox"/> Ag <i>Aspergillaire</i> sérique <input type="checkbox"/> <i>Histoplasma</i> spp. <input type="checkbox"/> <i>Pneumocystis</i> spp. <input type="checkbox"/> Autres : champignons <i>(Sur tube jaune gélosé)</i>			

Cultures (prélèvement respiratoire)	Autres demandes
<input type="checkbox"/> Culture Bactérienne <input type="checkbox"/> Culture Fongique <input type="checkbox"/> Culture Bactérienne et Fongique	

Tarification : Cf. catalogues d'analyses <http://www.mediterranee-infection.com> , Rubrique: Bons d'examens & Catalogues d'analyse

L'utilisation de ce bon de demande d'analyses implique la prise de connaissance, l'acceptation et le respect des conditions définies notre manuel de prélèvement et nos catalogues d'analyses