

ETIQUETTE PASTEL NOM: NOM JEUNE FILLE: PRENOM: DATE NAISSANCE: SEXE:	TAMPON SERVICE	ETIQUETTE ETIQUETTE SGL	VERSION 4 JUIL 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
---	----------------	-------------------------	--

IHU AP-HM BON BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE - SEROLOGIES - CHARGES VIRALES - GENOTYPAGE

Date prélèvement <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Heure prélèvement <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> h <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> URGENT
Prescripteur (Nom/Prénom/qualité)	Préleveur (Nom/Prénom/qualité)	U.F. Demandeuse <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

URGENTES	HEPATITE FULMINANTE (2 tubes jaunes gélosés 10mL + 1 EDTA 10mL)	URGENTES SEROLOGIES (1 tube jaune gélosé 10mL)	URGENTES	
	<input type="checkbox"/> Hépatite fulminante <i>Charges virales Hép B + Hép C, HSV</i> <i>Sérologies Hép A aigue, Hép B, Hép C, Hép D, Hép E, CMV, EBV, HSV</i>	<input type="checkbox"/> CMV Allaitement <input type="checkbox"/> HTLV Allaitement <input type="checkbox"/> Rougeole IgG		<input type="checkbox"/> VZV IgG <input type="checkbox"/> Ag HBS (grossesse) <i>Sérologies Ag HbS, Ac HbC, Ac HbS</i>
	DONS D'ORGANE (GREFFE) (5 tubes jaunes gélosés 10mL + 2 EDTA 10mL)	ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG (1 tube jaune gélosé 10mL)		
	<input type="checkbox"/> QUALIFICATION BIOLOGIQUE DES GREFFONS <i>Sérologies Hép B, Hép C, VIH, Ag p24, CMV, EBV, HTLV, toxoplasmose, syphilis</i> <i>Charges virales Hép B, Hép C, VIH</i>	<input type="checkbox"/> AES - AEV <i>Sérologies Ag HbS, Ac HbC, Ac HbS, Hép C, VIH</i>		<input type="checkbox"/> Patient Source <input type="checkbox"/> Personne Exposée

CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE / CLINIQUE			
EPIDEMIO	<input type="checkbox"/> Grossesse / Date : <input type="checkbox"/> Immunodépression <input type="checkbox"/> Valvulopathie	<input type="checkbox"/> Griffure du chat <input type="checkbox"/> Contact avec animaux <input type="checkbox"/> piqure d'arthropode	<input type="checkbox"/> SDF <input type="checkbox"/> Voyage récent <input type="checkbox"/> Lieu de contamination Préciser :
CLINIQUE	TRAITEMENT <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Adénopathie <input type="checkbox"/> Atteinte oculaire <input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> Escarre d'inoculation <input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Gastro-entérite <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> Infection vasculaire <input type="checkbox"/> Infection ostéo-articulaire <input type="checkbox"/> IST	Préciser : <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Myocardite <input type="checkbox"/> Péricardite <input type="checkbox"/> Pneumopathie <input type="checkbox"/> Rash cutané <input type="checkbox"/> Signes neurologiques <input type="checkbox"/> AUTRES.....

SEROLOGIE

EXAMENS SUR 1 TUBE JAUNE GELOSE 10ml ET si >10 examens prélever encore UN AUTRE tube 10ml

VIRUS	HEPATITES /HIV/RETROVIRUS	PARASITO/MYCO	BACTERIO
<input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> CMV (Avidité) <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> HHV6 <input type="checkbox"/> HHV8 <input type="checkbox"/> HSV IgG <input type="checkbox"/> Typage HSV 1 / 2 <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Tout virus hépatites <input type="checkbox"/> Hép A IgM <input type="checkbox"/> Hép B <input type="checkbox"/> Hép C <input type="checkbox"/> Hép Delta <input type="checkbox"/> Hép E <input type="checkbox"/> HTLV 1 et 2 dépistage <input type="checkbox"/> HTLV confirmation (blot) <input type="checkbox"/> VIH 1 et 2 dépistage <input type="checkbox"/> VIH Ag p24 <input type="checkbox"/> VIH1 confirmation (blot) <input type="checkbox"/> VIH2 confirmation (blot)	SÉRUM <input type="checkbox"/> Antigénémie aspergillaire LBA <input type="checkbox"/> Antigénémie aspergillaire <input type="checkbox"/> Antigénémie cryptocoque <input type="checkbox"/> Précipitines aviaires <input type="checkbox"/> Amibiase <input type="checkbox"/> Anguillulose <input type="checkbox"/> Aspergilliose <input type="checkbox"/> Bilharziose <input type="checkbox"/> Candidose <input type="checkbox"/> Cysticercose <input type="checkbox"/> Distomatose <input type="checkbox"/> Histoplasmose <input type="checkbox"/> Hydatidose <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Toxocarose <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Trichinellose <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> <i>Borrelia burgdorferi</i> (Lyme) <input type="checkbox"/> <i>B. burgdorferi</i> Blot <input type="checkbox"/> <i>Brucella</i> spp. <input type="checkbox"/> <i>Campylobacter</i> spp. IgG <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia psittaci</i> <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i> <input type="checkbox"/> <i>Helicobacter pylori</i> <input type="checkbox"/> <i>Legionella pneumophila</i> <input type="checkbox"/> <i>Leptospira</i> spp. IgM <input type="checkbox"/> <i>Mycoplas. pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i> (Syphilis) <input type="checkbox"/> Confirmation Syphilis <input type="checkbox"/> <i>Y. enterocolitica</i> IgG <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> Pneumopathies atypiques
ARBOVIRUS <input type="checkbox"/> Tout arbovirus <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Phlébovirus (Toscana...) <input type="checkbox"/> West Nile <input type="checkbox"/> Zikavirus	Contrôle Immunité / Vaccination <input type="checkbox"/> Hép A <input type="checkbox"/> Hép B		

DON MOELLE - BILAN PREGREFFE : 5 tubes jaunes 10mL + 2 tubes EDTA 10mL			
<input type="checkbox"/>	Donneur	<i>HIV, p24, HTLV, VHB, VHC, B19, EBV VCAM, CMV, HHV6, HSV IgG, VZV, Syph, Toxo, Charges VHB + VHC + VIH</i>	
<input type="checkbox"/>	Receveur	<i>Toxo, B19, EBV, ROR, CMV, HHV6, HSV IgG, VZV, VIH, p24, Charges VHB, Charges VHC, HTLV</i>	

ETIQUETTE PASTEL NOM: NOM JEUNE FILLE: PRENOM: DATE NAISSANCE: SEXE:	TAMPON SERVICE	ETIQUETTE ETIQUETTE SGL	VERSION 3 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
---	----------------	-------------------------	--

SEROLOGIE RICKETTSIES ET DOSAGE MEDICAMENTEUX EXAMENS SUR 1 AUTRE TUBE JAUNE GELOSE 10ml								
SEROLOGIE DU CNR DES RICKETTSIES								
CNR RICKETTSIES	SERO	<input type="checkbox"/> <i>Bartonella henselae</i>	SERO	<input type="checkbox"/> <i>Francisella tularensis</i>	SERO	<input type="checkbox"/> <i>Rickettsia slovaca</i>		
	<input type="checkbox"/>	<i>Bartonella quintana</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Rickettsia africae</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Rickettsia typhi</i>		
	<input type="checkbox"/>	<i>Bartonella autres</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Rickettsia conorii</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Rickettsies autres</i>		
	<input type="checkbox"/>	<i>Borrelia (autre que Lyme)</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Rickettsia felis</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Orientia tsutsugamushi</i>		
	<input type="checkbox"/>	<i>Coxiella burnetii</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Rickettsia prowazekii</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Tropheryma whipplei</i>		
	<input type="checkbox"/>	<i>Ehrlichia/Anaplasma</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Rickettsia raoultii</i>	<input type="checkbox"/>	Autres :		
	DOSAGE MEDICAMENTS							
	<input type="checkbox"/>	Hydroxychloroquine	<input type="checkbox"/>	Doxycycline	<input type="checkbox"/>	Minocycline	<input type="checkbox"/>	Triméthoprime/sulfaméthoxazole

CHARGES VIRALES ET GENOTYPAGE				
HEPATITES / VIH / RETROVIRUS	HEPATITES : CHARGES		HEPATITES : GENOTYPAGE	
	1 tube EDTA 10 ml (5ml par analyse)	1 tube EDTA 5mL	1 tube EDTA 5mL	
	<input type="checkbox"/> Hep B <input type="checkbox"/> Hep C	<input type="checkbox"/> Hep A <input type="checkbox"/> Hep Delta <input type="checkbox"/> Hep E	<input type="checkbox"/> Hep B <input type="checkbox"/> Hep C	
	VIH - HTLV			
	CHARGES VIRALES			
	1 tube EDTA 10mL	1 tube EDTA 5mL		
	<input type="checkbox"/> Charge virale plasmatique VIH1	<input type="checkbox"/> Charge virale alternative VIH1 <input type="checkbox"/> Charge virale VIH2	<input type="checkbox"/> ADN proviral VIH1 <input type="checkbox"/> ADN proviral VIH2	<input type="checkbox"/> HTLV
	GENOTYPAGE VIH (1 tube EDTA 5mL)			
	Transcriptase inverse -protéase VIH1 <input type="checkbox"/> sur ADN <input type="checkbox"/> sur ARN	Transcriptase inverse -protéase VIH2 <input type="checkbox"/> sur ADN <input type="checkbox"/> sur ARN	Intégrase VIH1 <input type="checkbox"/> sur ADN <input type="checkbox"/> sur ARN	Génotropisme R5/X4 <input type="checkbox"/> sur ADN <input type="checkbox"/> sur ARN

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