

ETIQUETTE PASTEL	TAMPON SERVICE	ETIQUETTE SGL	VERSION <b>mars 2018</b>  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
------------------	----------------	---------------	---

## 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"/> <b>URGENT</b>
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

<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	•MENINGITES et ENCEPHALITES AIGUES
•INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES	•INFECTIONS SEXUELLEMENTS TRANSMISSIBLES

### HEMOCULTURES

<input type="checkbox"/> Aérobie <input type="checkbox"/> Anaérobie <input type="checkbox"/> Pédiatrique	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
--	---	---	--

### PRELEVEMENTS URINAIRES

Urines mictionnelles

Informations: .....

### PRELEVEMENTS PROFONDS NON OSTEO-ARTICULAIRES

<input type="checkbox"/> Anévrisme	<input type="checkbox"/> Ganglion	<input type="checkbox"/> Poumon	VALVES <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 : Absès	<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"/> Absès 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	