



**UNILIAN**

UNION DE LABORATOIRES D'ANALYSES

Laboratoire de Biologie Médicale Multi-sites  
Site de Feurs - 2, place Félix Nigay - 42110 Feurs  
Tél. 04 77 27 16 71 - Fax 04 77 27 16 72

**IDENTIFICATION DU PATIENT** coller une étiquette ou remplir les informations ci-dessous

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : .....  
 Nom de jeune fille : ..... Né(e) le : / /  
 Adresse : .....

**SERVICE :** .....

**PRELEVEMENT :** Date : ..... Heure : ..... Nom du préleveur : .....

**RESULTATS :**  URGENT  A TELEPHONER

**DEMANDES D'EXAMENS DE CYTOLOGIE, BACTÉRIOLOGIE, MYCOLOGIE, PARASITOLOGIE**

**Traitement antibiotique :**  NON  OUI Nature : ..... Début : .....

**Prélèvement à visée :**  Diagnostique (Recherche d'un microorganisme responsable d'infection)  
 BMR (Epidémiologie)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :** .....

**EXAMENS CYTOLOGIQUES ET MYCRO-BACTÉRIOLOGIQUES**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>CBU</b><br><input type="checkbox"/> Miction <input type="checkbox"/> Autres Précisez : .....<br><input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Hétérosondage<br><input type="checkbox"/> Sondage intermittent<br><input type="checkbox"/> <b>EXPECTORATION</b><br><input type="checkbox"/> Crachats<br><input type="checkbox"/> Aspiration trachéale<br><input type="checkbox"/> <b>SELLES</b><br><input type="checkbox"/> Entéropathogènes standards <input type="checkbox"/> Autres Entéropathogènes Précisez : .....<br><input type="checkbox"/> Clostridium difficile<br><input type="checkbox"/> Rota - Adéno Virus <input type="checkbox"/> Recherche BMR uniquement<br><input type="checkbox"/> <b>HEMOCULTURE</b><br><input type="checkbox"/> Paire n°1 <input type="checkbox"/> Paire n°3<br><input type="checkbox"/> Paire n°2<br><input type="checkbox"/> <b>PRELEVEMENTS GENITAUX</b><br><i>Femme</i><br><input type="checkbox"/> Endocol <input type="checkbox"/> Vulvaire<br><input type="checkbox"/> Vaginal<br><i>Homme</i><br><input type="checkbox"/> Urétral <input type="checkbox"/> Autre<br><input type="checkbox"/> Ecoulement spontané<br><input type="checkbox"/> <b>SPERME</b><br><input type="checkbox"/> <b>BK</b><br><input type="checkbox"/> <b>AUTRES DEMANDES</b><br>Précisez : ..... | <input type="checkbox"/> <b>PEAU</b> Aucun écoulement ni suintement<br><input type="checkbox"/> <b>PUS superficiel</b> Précisez : .....<br><input type="checkbox"/> <b>PUS profond</b> Attention : implique une recherche de germes anaérobies.<br>Envoyez le prélèvement dans une seringue bouchée.<br>Précisez : .....<br><input type="checkbox"/> <b>PONCTION</b><br><input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Articulaire<br><input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Autres ponctions Précisez : .....<br><input type="checkbox"/> <b>CATHETER</b><br><input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale <input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique<br>Précisez le site : .....<br><input type="checkbox"/> <b>MATERIEL</b><br><input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Fixateur interne<br><input type="checkbox"/> Redon <input type="checkbox"/> Autres Précisez : .....<br><input type="checkbox"/> <b>PRELEVEMENT ORL</b><br><input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Oreille<br><input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Bouche<br><input type="checkbox"/> <b>DEPISTAGE Staphylocoque doré</b><br><input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Aisselles<br><input type="checkbox"/> Périnée<br><input type="checkbox"/> <b>PRELEVEMENT OCULAIRE</b><br><input type="checkbox"/> <b>RECHERCHE MYCOPLASME</b> Site anatomique : .....<br><input type="checkbox"/> <b>RECHERCHE DE CHLAMYDIAE</b> Site anatomique : ..... |
|--|---|

**EXAMENS CYTOCHIMIQUES**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>CYTOCHIMIE URINAIRE</b><br><input type="checkbox"/> <b>ADDIS</b> | <input type="checkbox"/> <b>SANG DANS LES SELLES</b><br><input type="checkbox"/> N°1<br><input type="checkbox"/> N°2<br><input type="checkbox"/> N°3 |
|--|--|

**EXAMENS PARASITOLOGIQUES**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>PARASITOLOGIE DES SELLES</b><br><input type="checkbox"/> <b>AUTRES</b> Précisez : ..... | <input type="checkbox"/> <b>SCOTCH-TEST</b> |
|---|---|

**EXAMENS MYCOLOGIQUES**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>RECHERCHE DE LEVURES</b><br>Site anatomique : ..... | <input type="checkbox"/> <b>RECHERCHE DE DERMATOPHYTES</b><br>Envoyez des squames si prélèvement de peau/cuir chevelu, ou fragment d'ongle |
|---|--|