


|   |                      |                  |                   |
|---|----------------------|------------------|-------------------|
| Nom usuel : .....   | ou Etiquette Patient | PRESCRIPTEUR     | PRELEVEUR         |
| Prénom : .....  |                      | Nom : .....      | Nom : .....       |
| Nom de naissance : .....  |                      | Prénom : .....   | Prénom : .....    |
| <i>L'identification par le nom de naissance est obligatoire</i> |                      | Signature: ..... | Signature : ..... |
| DDN : ...../...../.....   | Sexe : M / F         |                  |                   |



Ref : VP1 08/2017

Date de Prescription

Date de Prélèvement       Heure de Prélèvement

 **APHP - Pôle Biologie Médicale et Pathologie - Dr Michel VAUBOURDOLLE**  
**LABORATOIRE COMMUN DE BIOLOGIE ET GENETIQUE MOLECULAIRES**  
**Dr Olivier LASCOLS**  
01 49 28 20 00 poste 841 30 du lundi au vendredi 9h/16h

Etiquette Laboratoire N° DOSSIER

Etiquette Laboratoire SCAN ORDO

**QUANTIFICATION MOLECULAIRE VIRALE PAR PCR**  
Département de Virologie Pr Antoine GARBARG-CHENON      Responsable : Dr Laurence MORAND-JOUBERT

*1 tube par marqueur Sang total (10 ml EDTA) - Délai d'acheminement < 24 heures*

**PCR VHB**       Bilan Ag HBs positif du : \_\_ / \_\_ / \_\_       Autre, à préciser : \_\_\_\_\_  
 Anti HBc isolé du : \_\_ / \_\_ / \_\_

**PCR VHC**       Sérologie positive le : \_\_ / \_\_ / \_\_       Autre, à préciser : \_\_\_\_\_  
 Sérologie discordante ou proche du seuil du : \_\_ / \_\_ / \_\_

**PCR VIH-1 (charge virale)**       Contact à risques, délai en semaines : \_\_ \_\_ \_\_  
 Suspicion Primo-infection, Symptômes OUI / NON  
 Western- blot négatif ou indéterminé fait le : \_\_ / \_\_ / \_\_

**DETECTION par BIOLOGIE MOLECULAIRE des IST BACTERIENNES**  
Département de Bactériologie Pr Guillaume ARLET      Responsables : Drs Dominique DECRE (01 49 28 29 77) et Valérie LALANDE (29 09)

Renseignements obligatoires :

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépistage                | <input type="checkbox"/> Contexte PREP            | <input type="checkbox"/> Partenaire infecté       |
| <input type="checkbox"/> Contrôle post traitement | <input type="checkbox"/> Urétrite avec écoulement | <input type="checkbox"/> Urétrite sans écoulement |
| <input type="checkbox"/> Leucorrhées              | <input type="checkbox"/> Salpingite               | <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes      |
| <input type="checkbox"/> Rectite                  |   |   |

Renseignements autres :

Utiliser les kits de prélèvement APTIMA selon la couleur du bouchon indiquée (Orange ou Jaune)

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input checked="" type="radio"/> <b>AUTO-PRELEVt VAGINAL</b> | <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gonocoque | <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium  |
| <input checked="" type="radio"/> <b>ENDOCOL</b>              | <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gonocoque | <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium  |
| <input checked="" type="radio"/> <b>URINES 1er JET</b>       | <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gonocoque | <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium  |
| <input checked="" type="radio"/> <b>GORGE</b>                | <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gonocoque |   |
| <input checked="" type="radio"/> <b>RECTAL</b>               | <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gonocoque | <input type="checkbox"/> Génotypage Chlamydia<br>Si symptomatique OU Fact de risque LGV |
| <input checked="" type="radio"/> <b>AUTRE ECHANTILLON</b>    | <input type="checkbox"/> Chlamydia / Gonocoque | <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium  |

Préciser : .....

**Modalités de prélèvement : se conférer au manuel de prélèvement**