

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

Préciser :

Modalités de prélèvement : se conférer au manuel de prélèvement