

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			



Centre FIGUIER - CEGIDD



Ref : VDPB 08/2017

Date de Prescription

Date de Prélèvement Heure de Prélèvement

 **APHP - Pôle Biologie Médicale et Pathologie Dr Michel VAUBOURDOLLE**
LABORATOIRE DE BACTERIOLOGIE
 Département de Bactériologie Pr Guillaume ARLET Biologiste : Dr Valérie LALANDE (01 49 28 29 09)
 Secrétariat : 01 49 28 22 51 du lundi au vendredi 9h/16h

Etiquette Laboratoire N° DOSSIER

Etiquette Laboratoire SCAN ORDO

URINE milieu de JET ECBU sur tube boraté. (pot de recueil des urines non conforme)

SELLES Coproculture standard (pot différent de la parasitologie)

PUS Cutané (1 écouvillon eswab)
 Préciser IMPERATIVEMENT la lésion et la localisation anatomique

DIAGNOSTIC IST PAR CULTURE

Renseignements obligatoires :

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

Renseignements autres :

PRELEVEMENT VAGINAL Diagnostic vaginose (2 frottis/lame + 1 écouvillon eswab)

ENDOCOL Gonocoque (1 écouvillon eswab))

URINE 1er JET Gonocoque (1 tube) Mycoplasmes par culture (1 tube)

URETRE Gonocoque (1 frottis/ lame + 1 écouvillon eswab)

GORGE Gonocoque (1 écouvillon eswab)

RECTAL Gonocoque (1 écouvillon eswab)

DIAGNOSTIC TUBERCULOSE

- Crachat n°1 Crachat n°2 Crachat n°3

Modalités de prélèvement : se conférer au manuel de prélèvement