

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 : 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 :*

Partenaire infecté       Contrôle post traitement       Rectite  
 Urétrite avec écoulement       Urétrite sans écoulement       Douleurs pelviennes  
 Leucorrhées       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