

## Requête de demandes d'analyses de microbiologie lors d'une panne informatique

| RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| UNITÉ REQUÉRANTE : _____                                                            |  |
| PRESCRIPTEUR<br>et/ou le nom du PROJET: _____                                       |  |
| Date et heure du prélèvement : ____ / ____ / ____<br>Année / Mois / Jour      Heure |  |
| Exécuté par _____<br>(Nom, prénom et code SoftLab)                                  |  |
| Antibiotiques : _____                                                               |  |
| Renseignements cliniques : _____                                                    |  |

Identification de l'utilisateur

| Sang; culture (aérobie et anaérobie) (HC)                                                                                             |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Veineuse<br><input type="checkbox"/> Artérielle<br><input type="checkbox"/> Veineuse via cathéter            |                                                    |
| PUS                                                                                                                                   |                                                    |
| Précisez le site :                                                                                                                    |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Pus profond; culture bactérienne (PUPRA)<br><input type="checkbox"/> Plaie; culture (pus superficiel) (PUSP) |                                                    |
| Voies respiratoires inférieures<br>Culture aérobie (CVRI)                                                                             |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Asp.bronchiques                                                                                              | <input type="checkbox"/> Expectorations            |
| <input type="checkbox"/> Expectorations induites                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sécrétions endotrachéales |
| <input type="checkbox"/> Sécrétions endotrachéales via trachéo                                                                        |                                                    |
| Bronchique; culture aérobie (CBRON)                                                                                                   |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Brosse protégée                                                                                              | <input type="checkbox"/> Lavage bronchique         |
| <input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire                                                                                    |                                                    |
| Précisez : <input type="checkbox"/> Lobe gauche <input type="checkbox"/> Lobe droit                                                   |                                                    |

| DÉPISTAGE / ÉPIDÉMIOLOGIE                                                                                                                          |                                |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SARM; Culture (SARMX)                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Nez   | <input type="checkbox"/> Pré-admission /Admission   |
| <input type="checkbox"/> SARM; ADN (TAAN) (SARMT)                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> En cours d'hospitalisation |
| Précisez site :                                                                                                                                    |                                |                                                     |
| <input type="checkbox"/> ERV; Culture (CERV)                                                                                                       |                                |                                                     |
| <input type="checkbox"/> ERV ADN TAAN (ERVAT)                                                                                                      |                                |                                                     |
| Gène bactérien de résistance à la vancomycine vanA<br><input type="checkbox"/> Rectum <input type="checkbox"/> Selles                              |                                |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Bactérie résistante aux carbapénèmes; culture (dépistage) <input type="checkbox"/> Rectum <input type="checkbox"/> Selles |                                |                                                     |
| <input type="checkbox"/> <i>Candida auris</i> ; culture<br><input type="checkbox"/> aisselles/aines <input type="checkbox"/> Autre                 |                                |                                                     |

| SÉROLOGIE (tube rouge 10 mL avec gel)                                   |
|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accident-travail (exposé) Jour 1               |
| <input type="checkbox"/> Accident-travail (source)                      |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B, Anti-HBs(HBSAC)                    |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B, HBsAg                              |
| <input type="checkbox"/> Hépatite C, (virus) Hépatite C Anti VHC totaux |
| <input type="checkbox"/> Hétérophile, Ac (Mononucléose)                 |
| <input type="checkbox"/> Treponema pallidum, Ac (Syphilis)              |
| <input type="checkbox"/> VIH (VIH)                                      |
| <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2; TAAN (COVID)                       |
| <input type="checkbox"/> Virus de l'influenza A & B & SARSCoV-2 + RSV   |
| <input type="checkbox"/> Voies respiratoires supérieures                |
| <input type="checkbox"/> Gorge: culture                                 |
| <input type="checkbox"/> Urine; Culture (CURI)                          |
| <input type="checkbox"/> Mi-jet                                         |
| <input type="checkbox"/> Via cathéter                                   |
| <input type="checkbox"/> Via sonde à demeure                            |
| <input type="checkbox"/> Autre spécifiez :                              |
| CULTURE AUTRE (précisez) :                                              |
|                                                                         |
|                                                                         |
|                                                                         |

| SELLES                                                                                                           |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selles; culture                                                                         |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> C. difficile GDH & toxines; selles                                                      |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Ova & parasites; selles; (PARAS) Concentration (Parasite-Selles) microscopie/selles x 3 |                                                                       |
| <b>Justification obligatoire :</b>                                                                               |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Immunosupprimé                                                                          |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Pt immigrant/réfugié                                                                    |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Infection à helminthes suspectée                                                        |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Infection à Cyclospora suspectée                                                        |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Recommandé par microbiologiste                                                          |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Autre svp utiliser le code PARAT                                                        |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Protozoaires entériques; ADN; TAAN (PARAT)                                              |                                                                       |
| Bout de cathéter intra (CATHE)                                                                                   |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Central                                                                                 | <input type="checkbox"/> Périphérique                                 |
| précisez site :                                                                                                  |                                                                       |
| Culture / Implant (CIMPL)                                                                                        |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Broches                                                                                 | <input type="checkbox"/> Électrode                                    |
| précisez site :                                                                                                  |                                                                       |
| LIQUIDE BIOLOGIQUE                                                                                               |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> LCR; Culture                                                                            | <input type="checkbox"/> Transport greffon                            |
| <b>Liquide biologique; culture aérobie</b>                                                                       |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Péricardique                                                                            | <input type="checkbox"/> Synovial                                     |
| <input type="checkbox"/> Pleural                                                                                 | <input type="checkbox"/> Péritonéal                                   |
| <input type="checkbox"/> Écouvillon site :                                                                       |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez :                                                                      |                                                                       |
| BIOPSIE                                                                                                          |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Végétations                                                                             |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Tissus :                                                                                | <input type="checkbox"/> Profond <input type="checkbox"/> Superficiel |
| <input type="checkbox"/> Valve                                                                                   |                                                                       |
| Précisez site :                                                                                                  |                                                                       |

|                                                                                                                                                |  |                                                    |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>À l'usage du laboratoire</b> Reçu le : ____ / ____ / ____<br>Saisie des requêtes : ____ / ____ / ____<br>Ensemencement : ____ / ____ / ____ |  | HEURE<br>par : _____<br>par : _____<br>par : _____ | <b>Requête n° :</b><br>_____ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|------------------------------|