

PRÉLÉVEUR
LOCALISATION _____
DATE PRÉL. : ____ / ____ / ____ HEURE : ____ : ____
NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____

PRESCRIPTEUR
NOM ET PRÉNOM COMPLETS _____ NO DE PERMIS _____
TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) _____
MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) _____ NO DE PERMIS _____
NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES _____

RAMQ _____ DOSSIER _____
SITE _____ N° CHAMBRE/CIVIÈRE _____
DATE DE NAISSANCE _____ SEXE M F
AA/MM/JJ
NOM _____ PRÉNOM _____
NOM DE LA MÈRE _____
ADRESSE _____ NO CIVIQUE/RUE _____ APT _____
CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

CONS./DÉLAI MICROBIOLOGIE GÉNÉRALE

HÉMOCULTURES (bouteilles)
CHUL-L'HDQ-HSFA BACT/ALERT** **HEJ-HSS** BD BACTEC**
C **HPED** pédiatrique C **HEMOC** aérobie/anaérobie
C **HEMOC** aéro et ana C **HAERO** aérobie
C **HANA** anaérobie
C **HPED** pédiatrique

SELLES ET PARASITOLOGIE

EPT/D **SELLE** Culture/cocher si retour de voyage ≤ 2 mois
Spécifier le lieu du voyage _____
Parasitologie intestinale : Compléter la Requête d'analyses spécialisées –
Microbiologie biologie moléculaire
OX/B **OXYUR** Oxyures
CS/D **CDIFF** Clostridium difficile
CS/D **AGHPY** Recherche d'antigène d'*Helicobacter pylori* dans les selles
Date de la sérologie *H. pylori* positive _____

URO-GÉNITAL

CS/D **URINE** Mi-jet (DCA) Cocher si grossesse
 Autre spécifier _____
M40/B **RESTB** Strepto. groupe B (femme enceinte, vagin/anus)
 Cocher si allergie à la pénicilline
M40/B **TRICV** Trichomonas (antigène)
 * **TRICV** Trichomonas (culture ♂) Spécifier le site _____
IPTV/B **TRICV** Trichomonas (culture ♀ < 14 ans)

VAGINAL CULTURE

M40/B **VAGIN** Demandes spéciales : Aucun Levures
 Strepto. groupe A Choc toxique
 Staph. aureus Flore femme ménopausée

SARM/ERV NOSOCOMIAL (spécifier le site lorsque demandé)

M40/B **BGNMR MULTI** (rectal) M40/B **BGNMR MULTI** (spécifier le site)¹
¹ Contenant stérile si voies respiratoires, selle, urine
CHUL-L'HDQ** **HEJ-HSFA-HSS****
M40/B **SARMN SARM** (nez) ESW/B **SARMN SARM** (nez)
M40/B **SARM SARM** (spécifier le site)¹ ESW/B **SARM SARM** (spécifier le site)²
M40/B **ERV ERV** (spécifier le site)¹ ESW/B **ERV ERV** (spécifier le site)²
M40/B **ERVR ERV** (rectal) ESW/B **ERVR ERV** (rectal)
² Contenant stérile si URINE (tige refusée)

PUS ET LIQUIDES

M40/B **PUSUP** Pus superficiel Site: _____
M40/B **PUPRO** Pus profond Site: _____
CS/C **LIQUIDE BIOLOGIQUE** Site/type: _____

VOIES RESPIRATOIRES ET ORL

M40/B **GORGE** Pharynx (strepto. groupe A)
CS/D **VRUL** Voies respiratoires inférieures Site: _____
M40/B **SINUS** (culture aérobie seulement)
M40/B **NEZ** (recherche de *S. aureus*)
M40/B **OEIL** Oculaire Droit Gauche
M40/B **OREI** (conduit auditif) Oreille Droite Gauche
 Autre spécifier _____

CONS./DÉLAI CULTURE DE N.GONO/CHLAMYDIA-GONO (CT/NG) PAR TAAN

CHLAMYDIA ET GONO TAAN (PCR)
TE/B **CLAGO** Cocher le site Vagin Endocol
Spécifier si autre site _____
TU/B **CLAGU** Urine

CULTURE

M40/B **GONO** Cocher le site Vagin Endocol Urètre Autre site
Spécifier le site _____
M40/B **GOGOR** Gorge (GONO)
M40/B **GOANU** Anus (GONO)

MYCOLOGIE ET MYCOBACTÉRIOLOGIE

Spécifier la nature et le site du spécimen

CS/D ** **BK (BKQ (L'HDQ))** Mycobactéries (culture)
Spécifier le site _____
CS/D ** **BKP (BKQP (CHUL))** Mycobactéries (TAAN)
Spécifier le site _____
Section laboratoire expéditeur : spécimen inactivé
CS/A **MYCOS** Mycologie (culture/superficiel)
 Ongle Poil Cheveux Squames Autre: _____
CS/D **MYCOP** Mycologie (culture/profond)
Spécifier le site _____
M40/B **LEVUA** Levures autre que vaginal
Spécifier le site _____

CONDITIONS DE CONSERVATION DES ÉCHANTILLONS

SYSTÈME DE TRANSPORT
CS Contenant stérile ESW ESWAB M40 Écouvillon Amies
EPT Milieu de transport entérique OX Tube oxyures TU Trousse urinaire
SAF Milieu de transp.pour parasites TE Trousse écouvillon MSW MSWAB
IPTV In Pouch TV
TEMPÉRATURE ET TEMPS DE CONSERVATION
A) 18-25°C B) 18-25°C / maximum 16 h C) 18-25°C / envoi immédiat D) 2-8°C / maximum 16 h

REMARQUE/COMMENTAIRES/AUTRES ANALYSES

* **Doit être prélevé en clinique externe CHUL**
** **Attention : indique une particularité au centre hospitalier. Acheminer les échantillons au laboratoire de microbiologie dédié à votre corridor de service.**
Consultez le manuel des prélèvements en cas d'ambiguïté.
Pour les demandes de SÉROLOGIE, utiliser la «Requête d'analyses-SPÉCIALISÉES-LABORATOIRE MULTIDISCIPLINAIRE»
Pour les demandes de BIOLOGIE MOLÉCULAIRE, utiliser la «Requête d'analyses Spécialisée microbiologie»