

Nom usuel : .....	ou Etiquette Patient	PRESCRIPTEUR	PRELEVEUR
Prénom : .....		Nom : .....	Nom : .....
Nom de naissance : .....		Prénom : .....	Prénom : .....
L'identification par le nom de naissance est obligatoire		Signature : .....	Signature : .....
DDN : ...../...../..... Sexe : M / F			




## Centre Pole Santé Goutte d'Or



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*

<b>V</b> PCR VHB	<input type="checkbox"/> Bilan Ag HBs positif du : __ / __ / __ <input type="checkbox"/> Anti HBc isolé du : __ / __ / __	<input type="checkbox"/> Autre, à préciser : _____
<b>V</b> PCR VHC	<input type="checkbox"/> Sérologie positive le : __ / __ / __ <input type="checkbox"/> Sérologie discordante ou proche du seuil du : __ / __ / __	<input type="checkbox"/> Autre, à préciser : _____
<b>V</b> PCR VIH-1 (charge virale)	<input type="checkbox"/> Contact à risques, délai en semaines : __ __ __ <input type="checkbox"/> Suspicion Primo-infection, Symptômes OUI / NON <input type="checkbox"/> 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)

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

Préciser : .....

**Modalités de prélèvement : se conférer au manuel de prélèvement**