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			

DÉPARTEMENT DE PARIS **Centre Ridder - PLANNIF**

Ref : VP1 08/2017

Date de Prescription ☐☐ ☐☐ ☐☐

Date de Prélèvement ☐☐ ☐☐ ☐☐ Heure de Prélèvement ☐☐ ☐☐

Hôpitaux Universitaires Est Parisien SAINT-ANTOINE

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

V **PCR VHB**
☐ Bilan Ag HBs positif du : _ _ / _ _ ☐ Autre, à préciser : _ _ _ _ _ _
☐ Anti HBc isolé du : _ _ / _ _

V **PCR VHC**
☐ Sérologie positive le : _ _ / _ _ ☐ Autre, à préciser : _ _ _ _ _ _
☐ Sérologie discordante ou proche du seuil du : _ _ / _ _

V **PCR VIH-1 (charge virale)**
☐ Contact à risques, délai en semaines : _ _ _ _
☐ Suspicion Primo-infection, Symptomes OUI / NON
☐ 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 :

☐ **Dépistage** ☐ **Contexte PREP** ☐ **Partenaire infecté**
☐ **Contrôle post traitement** ☐ **Urétrite avec écoulement** ☐ **Urétrite sans écoulement**
☐ **Leucorrhées** ☐ **Salpingite** ☐ **Douleurs pelviennes**
☐ **Rectite**

Renseignements autres :

Utiliser les kits de prélèvement APTIMA selon la couleur du bouchon indiquée (Orange ou Jaune)

O **AUTO-PRELEVt VAGINAL** ☐ Chlamydia / Gonocoque ☐ Mycoplasma genitalium

O **ENDOCOL** ☐ Chlamydia / Gonocoque ☐ Mycoplasma genitalium

J **URINES 1er JET** ☐ Chlamydia / Gonocoque ☐ Mycoplasma genitalium

O **GORGE** ☐ Chlamydia / Gonocoque

O **RECTAL** ☐ Chlamydia / Gonocoque ☐ Génotypage Chlamydia ☐ Mycoplasma genitalium
Si symptomatique OU Fact de risque LGV

O **AUTRE ECHANTILLON** ☐ Chlamydia / Gonocoque ☐ Mycoplasma genitalium
Préciser : .....

Modalités de prélèvement : se conférer au manuel de prélèvement