

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			

Edison Planning Goutte d'Or

Centre Planification et Éducation Familiale



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 V ECBU sur tube boraté. (pot de recueil des urines non conforme)

SELLES R Coproculture standard (pot différent de la parasitologie)

PUS R Cutané (1 écouvillon eswab)
 Préciser IMPERATIVEMENT la lésion et la localisation anatomique

DIAGNOSTIC IST PAR CULTURE

Renseignements obligatoires :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Partenaire infecté | <input type="checkbox"/> Contrôle post traitement | <input type="checkbox"/> Rectite |
| <input type="checkbox"/> Urétrite avec écoulement | <input type="checkbox"/> Urétrite sans écoulement | <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes |
| <input type="checkbox"/> Leucorrhées | <input type="checkbox"/> Salpingite | |

Renseignements autres :

PRELEVEMENT VAGINAL R Diagnostic vaginose (2 frottis/lame + 1 écouvillon eswab)

ENDOCOL R Gonocoque (1 écouvillon eswab))

URINE 1er JET V Gonocoque (1 tube) J Mycoplasmes par culture (1 tube)

URETRE R Gonocoque (1 frottis/ lame + 1 écouvillon eswab)

GORGE R Gonocoque (1 écouvillon eswab)

RECTAL R Gonocoque (1 écouvillon eswab)

DIAGNOSTIC TUBERCULOSE

- Crachat n°1 Crachat n°2 Crachat n°3

Modalités de prélèvement : se conférer au manuel de prélèvement