

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			



## COMEDE – Hôpital Bicêtre



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*