



Analyses du laboratoire de VIROLOGIE

ATTENTION: Zone grise obligatoire

Prélèvement demandé: Date: _____ Heure _____ ou Heure de tournée: 7h 11h 14h 17h 20h 00h

Centre hospitalier : _____	Identification du patient
Adresse : Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____	Nom, Prénom :
Téléphone : _____ FAX : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
MD requérant : _____ # Licence : _____	# Dossier ou # Ass. maladie :
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	Date de naissance :
Prélevé par: _____	ou
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Plaquer carte
<input type="checkbox"/> Infection congénitale	
<input type="checkbox"/> Virus à rechercher : _____	

Renseignements cliniques: _____

NATURE DE L'ÉCHANTILLON	VIROLOGIE	BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Biopsie <input type="checkbox"/> Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Culture routine VBIOP (incluant recherche de CMV par culture en tube et lamelle)	<input type="checkbox"/> PCR autre : _____
Génital		
<input type="checkbox"/> Anus	<input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 - 2 et VZV par TAAN HSVZ	
<input type="checkbox"/> Pénis	<input type="checkbox"/> Culture routine VSHV	
<input type="checkbox"/> Vagin/ Sécrétions vaginales	<input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT	
<input type="checkbox"/> Vulve		
<input type="checkbox"/> Col	<input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 - 2 et VZV par TAAN HSVZ	
<input type="checkbox"/> Urètre/ Sécrétions urétrales	<input type="checkbox"/> Culture routine VSHV	
	<input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT	
<input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____		
Liquide		
<input type="checkbox"/> Amniotique	<input type="checkbox"/> Culture routine VLAM4 (incluant recherche de CMV par PCR quantitatif et culture en tube)	<input type="checkbox"/> PCR Herpès simplex 1 et 2 quantitatif QHSVG
	<input type="checkbox"/> Recherche Rubéole RUB1 (PCR et culture sur lamelle)	<input type="checkbox"/> PCR VZV spécifique PCRVZ
		<input type="checkbox"/> PCR autre : _____
<input type="checkbox"/> Céphalorachidien (LCR)	<input type="checkbox"/> Culture routine VLCR2	<input type="checkbox"/> PCR CMV quantitatif QCMVG
		<input type="checkbox"/> PCR EVB quantitatif QEBVT
		<input type="checkbox"/> PCR Herpès simplex 1 et 2 quantitatif QHSVG
		<input type="checkbox"/> PCR JC/BK quantitatif BKJCG
		<input type="checkbox"/> PCR VZV spécifique PCRVZ
		<input type="checkbox"/> PCR Entérovirus PCREN
		<input type="checkbox"/> PCR autre : _____
<input type="checkbox"/> Pleural	<input type="checkbox"/> Culture routine VLIQ	<input type="checkbox"/> PCR autre : _____
<input type="checkbox"/> Autre liquide : _____		
Oeil		
<input type="checkbox"/> Humeur aqueuse		<input type="checkbox"/> PCR CMV quantitatif QCMVG
		<input type="checkbox"/> PCR EVB quantitatif QEBVT
<input type="checkbox"/> Vitré		<input type="checkbox"/> PCR Herpès simplex 1 et 2 quantitatif QHSVG
		<input type="checkbox"/> PCR VZV spécifique PCRVZ
<input type="checkbox"/> Conjonctive	<input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 - 2 et VZV par TAAN HSVZ	
	<input type="checkbox"/> Culture routine VOEIL	
	<input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT	<input type="checkbox"/> PCR autre : _____
Peau - Vésicule - Grattage	<input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 - 2 et VZV par TAAN HSVZ	
	<input type="checkbox"/> Culture routine VSHV	
	<input type="checkbox"/> Immunofluorescence IFDHV	
	<input type="checkbox"/> Culture autre : _____	<input type="checkbox"/> PCR autre : _____
<input type="checkbox"/> Autre échantillon :	<input type="checkbox"/> Culture :	<input type="checkbox"/> PCR :

Prélèvement demandé: Date: _____ Heure _____ ou Heure de tournée: 7h 11h 14h 17h 20h 00h

Centre hospitalier : _____ Adresse : Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____ Téléphone : _____ FAX : _____ MD requérant : _____ # Licence : _____ Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____ Prélevé par: _____ Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises <input type="checkbox"/> Infection congénitale <input type="checkbox"/> Virus à rechercher : _____	Identification du patient Nom, Prénom _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> # Dossier ou # Ass. maladie : _____ Date de naissance : _____ ou Plaquer carte _____
---	---

Renseignements cliniques: _____

NATURE DE L'ÉCHANTILLON	VIROLOGIE	BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
-------------------------	-----------	----------------------

Respiratoire <input type="checkbox"/> Aspiration (sécrétion) naso-pharyngée (SNP-LUKI) <input type="checkbox"/> Aspiration (sécrétion) endo-trachéale (SET) <input type="checkbox"/> Écouvillon naso-pharyngé (Flocked swab) <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Lavages Broncho-alvéolaire : PROTOCOLE BAL <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____	<input type="checkbox"/> Protocole salle d'urgence ^{1, 2} (Si 3 ans et plus) PURG <input type="checkbox"/> Protocole unité de soins ³ PUDS2 <input type="checkbox"/> Protocole immunosupprimé-soins intensifs ^{2,3} PISI2 <input type="checkbox"/> Protocole clinique externe ² PEXT <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): ⁸ _____ <input type="checkbox"/> Culture routine VRSP <input type="checkbox"/> Culture routine VGORJ <input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT <input type="checkbox"/> Recherche de CMV ^{4,5} VCMV3 <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): ⁸ _____ <input type="checkbox"/> Standard / FKP ^{2,3,4,6} STDFK <input type="checkbox"/> Immunosupprimés-soins intensifs ^{2,3,4,5,6,7} BALIM <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): ⁸ _____	<input type="checkbox"/> PCR Adénovirus quantitatif <input type="checkbox"/> PCR CMV quantitatif QCMVG <input type="checkbox"/> PCR EVB quantitatif QEBVT <input type="checkbox"/> PCR Adénovirus quantitatif PADEG <input type="checkbox"/> PCR Herpès simplex 1 et 2 quantitatif QHSV1 <input type="checkbox"/> PCR JC/BK quantitatif BKJCG <input type="checkbox"/> PCR VZV spécifique PCRVZ <input type="checkbox"/> PCR Parvovirus B19 PARVO <input type="checkbox"/> PCR autre: _____
---	---	---

¹ Test antigénique rapide (RSV, Influenza)

² Culture virale de routine

³ PCR multiplex respiratoire

⁴ Culture CMV en tube

⁵ PCR CMV quantitatif

⁶ Culture CMV sur lamelle (Shell vial)

⁷ PCR Adénovirus quantitatif

⁸ Inclure le nom du virus recherché et la méthode spécifique

<input type="checkbox"/> Sang EDTA	<input type="checkbox"/> PCR CMV quantitatif QCMVG <input type="checkbox"/> PCR EVB quantitatif QEBVT <input type="checkbox"/> PCR Adénovirus quantitatif PADEG <input type="checkbox"/> PCR Herpès simplex 1 et 2 quantitatif QHSV1 <input type="checkbox"/> PCR JC/BK quantitatif BKJCG <input type="checkbox"/> PCR VZV spécifique PCRVZ <input type="checkbox"/> PCR Parvovirus B19 PARVO <input type="checkbox"/> PCR autre: _____
---	--

<input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> Culture routine CCELL <input type="checkbox"/> Recherche Rotavirus et A4041 Adénovirus 40 - 41	<input type="checkbox"/> PCR autre: _____
--	--	---

<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Culture routine VURI5 <input type="checkbox"/> Recherche de CMV VCMV3 (PCR quantitatif et culture en tube) <input type="checkbox"/> Recherche Oreillons REOR1 (PCR et culture en tube) <input type="checkbox"/> Recherche Rubéole RUB1 (PCR et culture sur lamelle) <input type="checkbox"/> Culture autre : _____	<input type="checkbox"/> PCR JC/BK quantitatif BKJCG <input type="checkbox"/> PCR autre: _____
---------------------------------------	---	---