



CHU Sainte-Justine  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant



3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

Recto/Verso

F-1696 # INV.:3990597 (REV. 2021-08)

ATTENTION: Zone grise obligatoire

# ANALYSES DU LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE

## Analyses du laboratoire de BACTÉRIOLOGIE

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

Unité de Soins/Clinique : _____ MD Requérant : _____ # Licence : _____ <b>Prélèvement fait: Date:</b> _____ <b>Heure</b> _____ <b>Prélevé par:</b> _____ Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises Allergie pénicilline <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Identification du patient</b> 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	ROUTINE	DEMANDES SPÉCIALES
<input type="checkbox"/> <b>Autopsie</b> (spécifier) : _____	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne AUTOP	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> <b>Biopsie</b> (spécifier) : _____	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne BIOPS <input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CHDIM	<input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB <input type="checkbox"/> Bartonella sp. BAPCR
<input type="checkbox"/> <b>Cathéter/matériel étranger</b> (spécifier) : _____	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne CATHE	<input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CANDI
<b>Contrôle de stérilité</b>	<input type="checkbox"/> Environnement (spécifier) : _____ <input type="checkbox"/> Pharmacie (spécifier) : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Gastro-intestinal</b>	<input type="checkbox"/> Anus / Périanal <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Tubage gastrique	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne PUS <input type="checkbox"/> PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae PCRGC <input type="checkbox"/> Shiga-toxine seulement STXPC <input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Génital</b>	<input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Col abus sexuel <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Vagin pré-pubère <input type="checkbox"/> Vagin post-pubère <input type="checkbox"/> Vagin abus sexuel <input type="checkbox"/> Vagin auto-prélèvement <input type="checkbox"/> Vagin / Anus (grossesse)	<input type="checkbox"/> Culture N. gonorrhoeae GONO <input type="checkbox"/> PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae PCRGC <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium MGPCR <input type="checkbox"/> Culture N. gonorrhoeae GONO <input type="checkbox"/> Protocole standard VAGIN <input type="checkbox"/> Culture N. gonorrhoeae GONO <input type="checkbox"/> PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae PCRGC <input type="checkbox"/> PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae PCRGC <input type="checkbox"/> Streptocoque groupe B ABPCR
<b>Liquide</b> <input type="checkbox"/> <b>Cocher si mis dans une bouteille d'hémoculture</b>	<input type="checkbox"/> Amniotique <input type="checkbox"/> Articulaires (synovial) (spécifier) : _____ <input type="checkbox"/> Céphalorachidien (LCR) <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Bile <input type="checkbox"/> Péritonéal <input type="checkbox"/> Dialysat <input type="checkbox"/> Ascite	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne LIQ <input type="checkbox"/> Culture bactérienne LIQ/LCR <input type="checkbox"/> Culture anaérobique LIQ/LCR <input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CHDIM <input type="checkbox"/> Culture bactérienne LIQ <input type="checkbox"/> Culture anaérobique LIQ <input type="checkbox"/> Culture bactérienne LIQ <input type="checkbox"/> Culture anaérobique LIQ <input type="checkbox"/> Mycoplasmes génitaux MUPCR <input type="checkbox"/> PCR multiplex bactérien PMART/PMLCR/PMPLE <input type="checkbox"/> PCR M. pneumoniae/Legionella pneumophila CMPCR <input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CANDI <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Oeil</b>	<input type="checkbox"/> Vitré <input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="checkbox"/> Cornée <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne OEIL <input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CANDI <input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Oreille</b>	<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mastoïde	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne AUDIT <input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CANDI <input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB
<b>Autre demande:</b> Échantillon : _____ Analyse(s) : _____		

# Analyses du laboratoire de BACTÉRIOLOGIE

## Analyses du laboratoire de BACTÉRIOLOGIE

Université de Montréal 3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

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

Unité de Soins/Clinique : _____	Identification du patient
MD Requérant : _____ # Licence : _____	Nom, Prénom
<b>Prélèvement fait: Date:</b> _____ <b>Heure</b> _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>Prélevé par:</b> _____	# Dossier ou # Ass. maladie :
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Date de naissance :
Allergie pénicilline <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ou
	Plaquer carte

Renseignements cliniques: \_\_\_\_\_

NATURE DE L'ÉCHANTILLON	ROUTINE	DEMANDES SPÉCIALES
<b>Plaie / Pus / Autre</b>		
<input type="checkbox"/> Absès / Pus site: _____	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne PUS	<input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CANDI
<input type="checkbox"/> Plaie superficielle site: _____	<input type="checkbox"/> Culture pour brûlé PUS	<input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB
<input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____		<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Cheveu <input type="checkbox"/> Squame <input type="checkbox"/> Ongle	<input type="checkbox"/> Dermatophytes DERMA	
<b>Prévention des infections</b>		
<input type="checkbox"/> Nez-Gorge	<input type="checkbox"/> S. aureus R. méthicilline (SARM) RSAPC	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Nez-Gorge-Vagin	<input type="checkbox"/> Enterocoque R. vancomycine (ERV) VRE	
<input type="checkbox"/> NAO-NAA (nez/anus/ombilic ou nez/anus/aisselle)	<input type="checkbox"/> BGNPC (carbapénémase) EPC	
<input type="checkbox"/> Écouvillon rectal <input type="checkbox"/> Autre : _____		
<b>Respiratoire</b>		
<input type="checkbox"/> Aspiration naso-pharyngée	<input type="checkbox"/> PCR multiplex naso-pharyngé PMSNP (Coqueluche et Mycoplasma pneumoniae)	<input type="checkbox"/> Mycoplasmes génitaux (<6 mois) MUPCR
<input type="checkbox"/> Écouvillon naso-pharyngé		
<input type="checkbox"/> Expectoration	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne RESP	<input type="checkbox"/> Burkholderia BURK
	<input type="checkbox"/> Fibrose kystique RESP	<input type="checkbox"/> Legionella LEGIO
	<input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Gorge	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne RESP	<input type="checkbox"/> Culture N. gonorrhoeae GONO
	<input type="checkbox"/> Fibrose kystique RESP	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire (Protocole BAL)	<input type="checkbox"/> Standard BAL	
	<input type="checkbox"/> Immunosupprimés - soins intensifs BAL → PCR Pneumocystis sur demande <input type="checkbox"/> PJPCR	
	<input type="checkbox"/> Fibrose kystique BAL	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CANDI	
<input type="checkbox"/> Sécrétion endo-trachéale	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne RESP	<input type="checkbox"/> PCR M. pneumoniae/Legionella pneumophila CMPCR
	<input type="checkbox"/> Legionella LEGIO	<input type="checkbox"/> Mycoplasmes génitaux (<6 mois) MUPCR
	<input type="checkbox"/> Burkholderia BURK	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Sang / Moëlle osseuse</b>		
<input type="checkbox"/> Hémoculture Site : _____	<input type="checkbox"/> Culture aérobie (5 jours) AER05	<input type="checkbox"/> Bartonella (Isolator 10) BARTX
Volume : _____	<input type="checkbox"/> Culture aérobie (21 jours) AER21	<input type="checkbox"/> Mycobactéries (MYCO/ F LYTIC) HEMTB
<input type="checkbox"/> Moëlle osseuse	<input type="checkbox"/> Culture anaérobie ANA05	<input type="checkbox"/> Malassezia furfur (Isolator) MFURX
<input type="checkbox"/> Produit sanguin (spécifier) : _____		<input type="checkbox"/> Mycose endémique (Isolator) CDIMX
<input type="checkbox"/> Sang EDTA		<input type="checkbox"/> Bartonella sp. BAPCR
<b>Urine</b>		
<input type="checkbox"/> Cathétérisme <input type="checkbox"/> Sac	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne URINE	<input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses URCAN
<input type="checkbox"/> Mi-jet <input type="checkbox"/> Via sonde		
<input type="checkbox"/> Ponction vésicale <input type="checkbox"/> Clean catch		
<input type="checkbox"/> Premier jet	<input type="checkbox"/> PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae PCRGC	<input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium MGPCR