

Analyses du laboratoire de **VIROLOGIE**
Analyses du laboratoire de **VIROLOGIE**

ATTENTION: Zone grise obligatoire

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

Unité de Soins/Clinique : _____ 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
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"/> Pénis <input type="checkbox"/> Vagin/ Sécrétions vaginales <input type="checkbox"/> Vulve <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Urètre/ Sécrétions urétrales <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____	<input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 - 2 et VZV par TAAAN HSVZ <input type="checkbox"/> Culture routine VSHV <input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT <input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 - 2 et VZV par TAAAN HSVZ <input type="checkbox"/> Culture routine VSHV <input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT	
Liquide <input type="checkbox"/> Amniotique <input type="checkbox"/> Céphalorachidien (LCR) <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Autre liquide : _____	<input type="checkbox"/> Culture routine VLAM4 (incluant recherche de CMV par PCR quantitatif et culture en tube) <input type="checkbox"/> Recherche Rubéole RUB1 (PCR et culture sur lamelle) <input type="checkbox"/> Culture routine VLCR2 <input type="checkbox"/> Culture routine VLIQ	<input type="checkbox"/> PCR Herpès simplex 1 et 2 quantitatif QHSVG <input type="checkbox"/> PCR VZV spécifique PCRVZ <input type="checkbox"/> PCR autre : _____ <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 : _____
Oeil <input type="checkbox"/> Humeur aqueuse <input type="checkbox"/> Vitré <input type="checkbox"/> Conjonctive	<input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 - 2 et VZV par TAAAN HSVZ <input type="checkbox"/> Culture routine VOEIL <input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT	<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 VZV spécifique PCRVZ <input type="checkbox"/> PCR autre : _____
Peau - Vésicule - Grattage	<input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 - 2 et VZV par TAAAN 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 : _____

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

Unité de Soins/Clinique : _____ MD Requérént : _____ # Licence : _____ Pr&eacute;l&eacute;vement fait: Date: _____ Heure _____ Pr&eacute;lev&eacute; par: _____ Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises <input type="checkbox"/> Infection cong&e9;nitale <input type="checkbox"/> Virus à rechercher : _____	Identification du patient Nom, Pr&e9;nom 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 (s&e9;cr&e9;tion) naso-pharyng&e9;e (SNP-LUKI) <input type="checkbox"/> Aspiration (s&e9;cr&e9;tion) endo-trach&e9;ale (SET) <input type="checkbox"/> Écouvillon naso-pharyng&e9; (Flocked swab) <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Lavages Broncho-alv&e9;olaire : PROTOCOLE BAL <input type="checkbox"/> Autre (sp&e9;cifier) : _____	<input type="checkbox"/> Protocole salle d'urgence ^{1, 2} (Si 3 ans et plus) PURG <input type="checkbox"/> Protocole unit&e9; de soins ³ PUDS2 <input type="checkbox"/> Protocole immunosupprim&e9;-soins intensifs ^{2, 3} PISI2 <input type="checkbox"/> Protocole clinique externe ² PEXT <input type="checkbox"/> Autre (sp&e9;cifier): 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 (sp&e9;cifier): ⁸ _____ <input type="checkbox"/> Standard / FKP ^{2, 3, 4, 6} STDFK <input type="checkbox"/> Immunosupprim&e9;-soins intensifs ^{2, 3, 4, 5, 6, 7} BALIM <input type="checkbox"/> Autre (sp&e9;cifier): ⁸ _____	

¹ Test antig&e9;nique rapide (RSV, Influenza)	⁴ Culture CMV en tube	⁷ PCR Ad&e9;novirus quantitatif
² Culture virale de routine	⁵ PCR CMV quantitatif	⁸ Inclure le nom du virus recherch&e9; et la m&e9;thode sp&e9;cifique
³ PCR multiplex respiratoire	⁶ Culture CMV sur lamelle (Shell vial)	

<input type="checkbox"/> Sang EDTA	<input type="checkbox"/> PCR CMV quantitatif QCMVG <input type="checkbox"/> PCR EVB quantitatif QEBVT <input type="checkbox"/> PCR Ad&e9;novirus quantitatif PADEG <input type="checkbox"/> PCR Herp&e9;s simplex 1 et 2 quantitatif QHSVG <input type="checkbox"/> PCR JC/BK quantitatif BKJCG <input type="checkbox"/> PCR VZV sp&e9;cifique 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 Ad&e9;novirus 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 Rub&e9;ole RUB1 (PCR et culture sur lamelle) <input type="checkbox"/> Culture autre : _____	<input type="checkbox"/> PCR JC/BK quantitatif BKJCG <input type="checkbox"/> PCR autre: _____
---------------------------------------	--	---