



Instructions pour le prélèvement d'oxyures par spatule adhésive

- ▶ Les oxyures (*Enterobius vermicularis*, ou pinworms en anglais) sont des petits parasites (vers) blancs.
- ▶ Pour faire le diagnostic, on utilise une spatule adhésive spéciale qu'on applique près de l'anus.
- ▶ Le meilleur moment pour obtenir un échantillon est tôt le matin au réveil de l'enfant, avant de se lever ou d'aller à la toilette.
- ▶ Le prélèvement peut également être fait quelques heures après que l'enfant se soit allongé, soit entre 21h00 et minuit.
- ▶ Il est recommandé de prélever des échantillons sur trois à six jours consécutifs. On peut commencer par prélever 3 échantillons et les apporter au laboratoire. Par contre, il faut jusqu'à 6 prélèvements avant de pouvoir dire que l'enfant n'est pas infecté.

Étapes à suivre :

1. Tenir la spatule par le capuchon et la retirer du tube.
2. Écarter les fesses et presser fermement la surface collante en plusieurs endroits de la région périanale (autour de l'anus). Ne pas introduire la spatule dans l'anus.
3. Remettre la spatule dans le tube pour le transport jusqu'au laboratoire; les échantillons doivent être réfrigérés en attendant d'être rapportés au laboratoire.
4. Bien se laver les mains par la suite

Recherche d'oxyures :

- 1 prélèvement près de l'anus par jour pendant 3 à 6 jours (selon l'ordonnance du médecin).
- Garder au réfrigérateur après le prélèvement.



Retour des échantillons :

- ▶ Chaque spatule doit être accompagnée d'une requête.
- ▶ Sur CHAQUE SPATULE, on doit retrouver l'information suivante :
 - le nom du patient et son numéro de dossier;
 - la date et l'heure où le prélèvement a été fait.
- ▶ Sur CHAQUE REQUÊTE, remplie par l'équipe médicale selon les critères exigés par le laboratoire :
 - indiquer la **date et l'heure** où les prélèvements ont été effectués.
- ▶ Mettre les contenants dans un sac de plastique. Vérifier que les contenants soient bien fermés.
- ▶ Mettre les requêtes séparément.
- ▶ Mettre le tout dans un autre sac.
- ▶ Rapporter le tout au 2^e étage bloc 9, à l'entrée des laboratoires.

Recto/Verso

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE
Analyses du laboratoire de BACTÉRIOLOGIE

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: _____ Prélève par: _____ Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises Allergie pénicilline: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	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	ROUTINE	DEMANDES SPÉCIALES
<input type="checkbox"/> Autopsie (spécifier): _____	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne AUTOP	<input type="checkbox"/> Autre: _____
<input type="checkbox"/> Biopsie (spécifier): _____	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne BIOPS	<input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB
<input type="checkbox"/> Cathéter/matériel étranger (spécifier): _____	<input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CHDIM	<input type="checkbox"/> Bartonella sp. BAPCR
<input type="checkbox"/> Contrôle de stérilité	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne CATHE	<input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CANDI
	<input type="checkbox"/> Environnement (spécifier): _____	<input type="checkbox"/> Autre: _____
	<input type="checkbox"/> Pharmacie (spécifier): _____	
	Analyse: _____	
Gastro-intestinal	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne PUS	<input type="checkbox"/> Culture N. gonorrhoeae GONO
<input type="checkbox"/> Anus / Péréal	<input type="checkbox"/> Oxyures (spatule) OXYU	<input type="checkbox"/> PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae PCRGC
<input type="checkbox"/> Tubage gastrique	<input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB	<input type="checkbox"/> Autre: _____
<input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne SELLE	<input type="checkbox"/> Siga-toxine seulement STRIPC
	<input type="checkbox"/> Clostridium difficile (toxine) CDPCR	<input type="checkbox"/> Parasites intestinaux OR (spécifier): _____
Génital	<input type="checkbox"/> PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae PCRGC	<input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium MUPCR
<input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Col abus sexuel	<input type="checkbox"/> Culture N. gonorrhoeae GONO	<input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium GONO
<input type="checkbox"/> Urière	<input type="checkbox"/> Protocole standard VAGIN	<input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis TRAG
<input type="checkbox"/> Vagin pré-pubère	<input type="checkbox"/> Culture N. gonorrhoeae GONO	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne GENIT
<input type="checkbox"/> Vagin post-pubère	<input type="checkbox"/> PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae PCRGC	<input type="checkbox"/> Recherche de levures CANDI
<input type="checkbox"/> Vagin abus sexuel	<input type="checkbox"/> PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae PCRGC	<input type="checkbox"/> Culture de levures CANDI
<input type="checkbox"/> Vagin auto-prélèvement	<input type="checkbox"/> PCR Chlamydia / N. gonorrhoeae PCRGC	
<input type="checkbox"/> Vagin / Anus (grossesse)	<input type="checkbox"/> Streptocoque groupe B ABPCR	
Liquide <input type="checkbox"/> Cocher si mis dans une bouteille d'hémoculture	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne LIQ	<input type="checkbox"/> Mycoplasmas génitux MUPCR
<input type="checkbox"/> Amniotique	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne LIQ	<input type="checkbox"/> PCR multiplex bactérien PMART/PMALCR/PMPLM
<input type="checkbox"/> Articulaire (synovial) (spécifier): _____	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne LIQ	<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae CMPCR
<input type="checkbox"/> Céphalocéphalique (LCR) <input type="checkbox"/> Ponction	<input type="checkbox"/> Culture anaérobie LIQ	<input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB
<input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Drain	<input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CHDIM	<input type="checkbox"/> Autre: _____
<input type="checkbox"/> Bile <input type="checkbox"/> Ponction	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne LIQ	<input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CANDI
<input type="checkbox"/> Péritoneal (ascite) <input type="checkbox"/> Drain	<input type="checkbox"/> Culture anaérobie LIQ	<input type="checkbox"/> Autre: _____
<input type="checkbox"/> Dialysat	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne LIQ	<input type="checkbox"/> Autre: _____
Oeil	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne OEBL	<input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB
<input type="checkbox"/> Vire <input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="checkbox"/> Cornée	<input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CANDI	<input type="checkbox"/> Acanthamoeba TDC
<input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____	<input type="checkbox"/> Autre: _____	<input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB
Oreille	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne AUDIT	<input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CANDI
<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mastoïde	<input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB	<input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB

Autre demandé: Échantillon: _____ Analyse(s): _____

#1494 # RV 306007 (REV. 2017-07) Analyses du laboratoire de BACTÉRIOLOGIE Recto/Verso