

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

Centre hospitalier : _____ Adresse : <u>Numéro civique</u> <u>Rue</u> <u>Municipalité</u> <u>Pays/Province</u> <u>Code postal</u> 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
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 TAAN HSVZ <input type="checkbox"/> Culture routine VHSV <input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT <input type="checkbox"/> Détection de HSV 1 - 2 et VZV par TAAN HSVZ <input type="checkbox"/> Culture routine VHSV <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 * Il est obligatoire d'inscrire des renseignements cliniques pertinents pour que la culture soit effectuée (Ex.: encéphalite, paralysie) <input type="checkbox"/> Culture routine VLIQ	<input type="checkbox"/> PCR CMV quantitatif QCMVG <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 : _____ <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 TAAN 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 TAAN HSVZ <input type="checkbox"/> Culture routine VHSV <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"/> Culture routine* VRSP * Recommandée pour tous les patients immunosupprimés-soins intensifs en plus du PCR multiplex respiratoire	<input type="checkbox"/> TAAN rapide DERA3 influenza A/B et VRS (salle d'urgence)
<input type="checkbox"/> Aspiration (sécrétion) endo-trachéale (SET)	<input type="checkbox"/> Recherche Rougeole (PCRRO + VRSP) (PCR et culture en tube)	<input type="checkbox"/> PCR multiplex respiratoire PMVR (unités de soins)
<input type="checkbox"/> Écouvillon naso-pharyngé (Flocked swab)	<input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____	
<input type="checkbox"/> Expectoration	<input type="checkbox"/> Culture routine VRSP	
<input type="checkbox"/> Gorge	<input type="checkbox"/> Culture routine VGORJ <input type="checkbox"/> Culture Chlamydia trachomatis CHLAT <input type="checkbox"/> Recherche de CMV ⁴ QCMVG <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): ⁷ _____	
<input type="checkbox"/> Lavages Broncho-alvéolaire : PROTOCOLE BAL	<input type="checkbox"/> Standard / FKP ^{1,2,3,5} STDFK <input type="checkbox"/> Immunosupprimés-soins intensifs ^{1,2,3,4,5,6} BALIM <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): ⁷ _____	
<input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____	<input type="checkbox"/> Autre (spécifier): ⁷ _____	
¹ Culture virale de routine	⁴ PCR CMV quantitatif	⁷ Inclure le nom du virus recherché et la méthode spécifique
² PCR multiplex respiratoire	⁵ Culture CMV sur lamelle (Shell vial)	
³ Culture CMV en tube	⁶ PCR Adénovirus quantitatif	

<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 QHSVG <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 HHV6 QHHV6 <input type="checkbox"/> PCR Hépatite E QHEVG <input type="checkbox"/> PCR autre: _____
---	--

<input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> Culture routine CSELL <input type="checkbox"/> Recherche antigène H.pylori HELAG <input type="checkbox"/> Recherche Rotavirus et Adénovirus 40 - 41 A4041	<input type="checkbox"/> PCR autre: _____
--	--	---

<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Culture routine VURI5 <input type="checkbox"/> Recherche de CMV QCMVG (PCR quantitatif) <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"/> Recherche Rougeole PCRRO + VURI5 (PCR et culture en tube)	<input type="checkbox"/> PCR JC/BK quantitatif BKJCG <input type="checkbox"/> PCR autre: _____ <input type="checkbox"/> Culture autre : _____
---------------------------------------	--	---