

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 <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
<b>Biopsie</b> <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 : _____
<b>Génital</b> <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"/> 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	<input type="checkbox"/> PCR autre (spécifier): _____
<b>Liquide</b> <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 : _____
<b>Oeil</b> <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 : _____
<b>Peau - Vésicule - Grattage</b>	<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"/> <b>Autre échantillon :</b> _____	<input type="checkbox"/> <b>Culture :</b> _____	<input type="checkbox"/> <b>PCR :</b> _____

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 <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
-------------------------	-----------	----------------------

<b>Respiratoire</b> <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 <sup>1, 2</sup> (Si 3 ans et plus) PURG <input type="checkbox"/> Protocole unité de soins <sup>3</sup> PUDS2 <input type="checkbox"/> Protocole immunosupprimé-soins intensifs <sup>2,3</sup> PISI2 <input type="checkbox"/> Protocole clinique externe <sup>2</sup> PEXT <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): <sup>8</sup> _____ <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 <sup>4,5</sup> VCMV3 <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): <sup>8</sup> _____ <input type="checkbox"/> Standard / FKP <sup>2,3,4,6</sup> STDFK <input type="checkbox"/> Immunosupprimés-soins intensifs <sup>2,3,4,5,6,7</sup> BALIM <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): <sup>8</sup> _____	<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 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 autre: _____
---	---	---

<sup>1</sup> Test antigénique rapide (RSV, Influenza)	<sup>4</sup> Culture CMV en tube	<sup>7</sup> PCR Adénovirus quantitatif
<sup>2</sup> Culture virale de routine	<sup>5</sup> PCR CMV quantitatif	<sup>8</sup> Inclure le nom du virus recherché et la méthode spécifique
<sup>3</sup> PCR multiplex respiratoire	<sup>6</sup> Culture CMV sur lamelle (Shell vial)	

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

<input type="checkbox"/> <b>Selles</b>	<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: _____
--	---	---

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