



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. 2021-02)

ATTENTION: Zone grise obligatoire

Analyses du laboratoire de BACTÉRIOLOGIE

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

<p>Centre hospitalier : _____</p> <p>Adresse : Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____</p> <p>Téléphone : _____ FAX : _____</p> <p>MD requérant : _____ # Licence : _____</p> <p>Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____</p> <p>Prélevé par: _____</p> <p>Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises</p> <p>Allergie pénicilline <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Identification du patient</p> <p>Nom, Prénom : _____</p> <p>Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p> <p># Dossier ou # Ass. maladie : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>ou</p> <p>Plaquer carte</p>
---	--

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"/> Champignons / Mycoses CHDIM	<input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB <input type="checkbox"/> Bartonella sp. BAPCR
<input type="checkbox"/> Cathéter/matériel étranger (spécifier) : _____	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne CATHE	<input type="checkbox"/> Champignons / Mycoses CANDI
Contrôle de stérilité	<input type="checkbox"/> Environnement (spécifier) : _____ <input type="checkbox"/> Pharmacie (spécifier) : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Gastro-intestinal	<input type="checkbox"/> Anus / Périanal <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Tubage gastrique	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne PUS <input type="checkbox"/> PCR multiplex bactérien PMSEL <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (toxine) CDPCR <input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB
Génital	<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"/> Shiga-toxine seulement STXPC <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium MGPCR <input type="checkbox"/> Culture N. gonorrhoeae GONO <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium MGPCR <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
Liquide <input type="checkbox"/> Cocher si mis dans une bouteille d'hémoculture	<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"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Ponction <input type="checkbox"/> Drain	<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"/> Culture N. gonorrhoeae GONO <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium MGPCR <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis TRIAG <input type="checkbox"/> Culture bactérienne GENIT <input type="checkbox"/> Recherche de levures CANDI <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Ponction <input type="checkbox"/> Drain	<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"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Mycobactéries MYCTB <input type="checkbox"/> Autre : _____
Oeil	<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 : _____
Oreille	<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

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

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

Centre hospitalier : _____	Identification du patient
Adresse : Numéro civique _____ Rue _____	Nom, Prénom _____
Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Téléphone : _____ FAX : _____	# Dossier ou # Ass. maladie : _____
MD requérant : _____ # Licence : _____	Date de naissance : _____
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	ou
Prélevé par: _____	Plaquer carte
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	
Allergie pénicilline <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Renseignements cliniques: _____

NATURE DE L'ÉCHANTILLON	ROUTINE	DEMANDES SPÉCIALES
Plaie / Pus / Autre		
<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	
Prévention des infections		
<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: _____		
Respiratoire		
<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"/> PCR M. pneumoniae/Legionella pneumophila CMPCR
	<input type="checkbox"/> Fibrose kystique BAL	<input type="checkbox"/> Autre: _____
	<input type="checkbox"/> Immunosupprimés - soins intensifs BAL	
<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: _____
Sang / Moëlle osseuse		
<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
Urine		
<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