

FORMULAIRE JUSTIFICATIF : Identification bactérienne sur spécimen à culture négative (ARNr 16S)

À joindre obligatoirement à la demande

Nom du patient :		
Votre référence :		
Type de prélèvement		
Spécimens idéaux	Spécimens à considérer	Spécimens refusés *
<input type="checkbox"/> Biopsie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Hémoculture	<input type="checkbox"/> Biopsie osseuse <input type="checkbox"/> Tissu mou <input type="checkbox"/> Liquide céphalo-rachidien <input type="checkbox"/> Liquide synovial <input type="checkbox"/> Autres liquides biologiques : _____	<input checked="" type="checkbox"/> Sérum <input checked="" type="checkbox"/> Plasma <input checked="" type="checkbox"/> Tissu paraffiné <input checked="" type="checkbox"/> Sites non-stériles * <i>Sauf si justification, veuillez nous appeler</i>
Conservation du prélèvement	<input type="checkbox"/> Réfrigéré <input type="checkbox"/> Congelé	<input type="checkbox"/> Température ambiante <input type="checkbox"/> Incubation hémoculture
Renseignements		
Est-ce que ce spécimen est à risque de contenir un agent pathogène de groupe de risque 3 ? y compris <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, préciser lequel : _____ Désirez-vous que l'on effectue le TAAN approprié sur ce spécimen ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Veuillez indiquer tout autre renseignement pouvant aider les analyses <i>Ex. - bactéries vues au Gram?</i> - <i>Syndrome clinique? Ex endocardite, etc.</i> - <i>Hypothèses diagnostiques ?</i>	Gram : _____ Syndrome clinique : _____ _____ Hypothèses diagnostiques : _____ _____	
Analyses déjà effectuées sur le spécimen	<input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> TAAN spécifique : Préciser : _____ Résultat : _____ <input type="checkbox"/> Pathologie : Résultat : _____	
Infectiologue traitant à contacter pour clarifications ou transmettre le résultat :	Nom : _____ Numéro de téléphone : _____	