

BON DE DEMANDE D'EXAMEN BACTERIOLOGIQUE (CPA)		
Date : Heure de prélèvement : Préleveur :	URGENCE <input type="checkbox"/> Médicale	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Enfant < 5ans <input type="checkbox"/> Nouveau-né <input type="checkbox"/> Grossesse
Etiquette patient		
Renseignements cliniques : - Fièvre : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Combien ? : - Traitement antibiotique : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui , Nom antibiotique : - ECBU : Brûlures mictionnelles : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Bilan préop urologie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pollakiurie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SI CONNUS		
URINES <input type="checkbox"/> Addis <input type="checkbox"/> Culot urinaire <input type="checkbox"/> ECBU <input type="checkbox"/> ECBU avec recueil particulier <input type="checkbox"/> Urinocol (enfant) <input type="checkbox"/> Sonde à demeure vésicale <input type="checkbox"/> Sonde néphrostomie <input type="checkbox"/> Urine rein gauche <input type="checkbox"/> Urine rein droit <input type="checkbox"/> ECBU ablation sonde <input type="checkbox"/> ECBU par sondage aller-retour <input type="checkbox"/> Mycoplasmes sur 1 ^{er} jet <input type="checkbox"/> Rech de BK <input type="checkbox"/> Rech Ag soluble Pneumocoque <input type="checkbox"/> Rech Ag soluble Legionella	MATERIEL <input type="checkbox"/> Redon <input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> Stérilet (+Actinomyces Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>) Origine à préciser : PUS & DIVERS <input type="checkbox"/> Pus superficiel <input type="checkbox"/> Cutané <input type="checkbox"/> Autre : <u>ORIGINE</u> (obligatoire) :	PVT GENITAUX <input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> Recherche Strepto B uniquement <input type="checkbox"/> Rech de Mycoplasmes <input type="checkbox"/> Urétral <input type="checkbox"/> Sperme <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Anal - Ecoulement : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> - Pertes vaginales : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> - Démangeaisons : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> - Contexte IST : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
LIQUIDE DE PONCTION <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Liquide péritonéal <input type="checkbox"/> Liquide articulaire <input type="checkbox"/> Liquide pleural <input type="checkbox"/> Divers à préciser :	SPHERE ORL <input type="checkbox"/> Œil droit <input type="checkbox"/> Œil gauche <input type="checkbox"/> Oreille droite <input type="checkbox"/> Oreille gauche <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Narines <input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> langue <input type="checkbox"/> Autre à préciser :	HEMOCULTURE <u>Prélever au moins 2 paires à chaque fois</u> <input type="checkbox"/> 1ère paire Périph <input type="checkbox"/> DVI <input type="checkbox"/> HEURE : <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} paire Périph <input type="checkbox"/> DVI <input type="checkbox"/> HEURE : <input type="checkbox"/> 3ème paire Périph <input type="checkbox"/> DVI <input type="checkbox"/> HEURE : <input type="checkbox"/> 3ème paire Périph <input type="checkbox"/> DVI <input type="checkbox"/> HEURE : Suspicion endocardite : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Poids si enfant : kg
MEDECINE DU TRAVAIL <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Selles Saisir MDT et COP et/ou PARPCR (si demandé) sur le même dossier FrLis	SELLES <input type="checkbox"/> Coproculture <input type="checkbox"/> Parasito des selles <input type="checkbox"/> Virologie des selles <input type="checkbox"/> Rech de sang dans les selles <input type="checkbox"/> Rech Clostridium difficile <input type="checkbox"/> VOYAGE RECENT ETRANGER : Diarrhées : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre de selles / j :	
MYCOSE <input type="checkbox"/> Rech de Gale MYS : Remplir feuille renseignements cliniques prélèvements mycologiques SEL-AMM7E-018	PULMONAIRE <input type="checkbox"/> Crachat / ECBC <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique <input type="checkbox"/> Recherche BK <input type="checkbox"/> Recherche Aspergillus	RECHERCHE BMR <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Urines <input type="checkbox"/> BLSE <input type="checkbox"/> BHRe (Carbapénémase/ERV) <input type="checkbox"/> SARM <input type="checkbox"/> VRE Déjà connu avec BMR suivante : <input type="checkbox"/> DESIGN (type germe recherché) :