

BON DE DEMANDE D'EXAMEN BACTERIOLOGIQUE (CPA)									
Date :	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						
Heure de prélèvement :									
Préleveur :									
Renseignements cliniques :	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SI CONNUS</b>								
- 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"/>									
URINES	MATERIEL	PVT GENITAUX							
<input type="checkbox"/> Addis <input type="checkbox"/> Culot urinaire <input type="checkbox"/> ECBU <input type="checkbox"/> ECBU avec recueil particulier <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Urinocol (enfant)</li> <li><input type="checkbox"/> Sonde à demeure vésicale</li> <li><input type="checkbox"/> Sonde néphrostomie</li> <li><input type="checkbox"/> Urine rein gauche</li> <li><input type="checkbox"/> Urine rein droit</li> <li><input type="checkbox"/> ECBU ablation sonde</li> </ul> <input type="checkbox"/> ECBU par sondage aller-retour <input type="checkbox"/> Mycoplasmes sur 1 <sup>er</sup> jet <input type="checkbox"/> Rech de BK <input type="checkbox"/> Rech Ag soluble Pneumocoque <input type="checkbox"/> Rech Ag soluble Legionella	<input type="checkbox"/> Redon <input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> Stérilet (+Actinomyces Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> )  Origine à préciser : <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2">PUS &amp; DIVERS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pus superficiel</td> <td><input type="checkbox"/> Cutané</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> <td><input type="checkbox"/> ORIGINE (obligatoire) :</td> </tr> </table>	PUS & DIVERS		<input type="checkbox"/> Pus superficiel	<input type="checkbox"/> Cutané	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> ORIGINE (obligatoire) :	<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"/>	
PUS & DIVERS									
<input type="checkbox"/> Pus superficiel	<input type="checkbox"/> Cutané								
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> ORIGINE (obligatoire) :								
LIQUIDE DE PONCTION	SPHERE ORL	HEMOCULTURE							
<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 :	<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 :	<u>Prélever au moins 2 paires à chaque fois</u>  <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> paire Périph <input type="checkbox"/> DVI <input type="checkbox"/> HEURE : <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> paire Périph <input type="checkbox"/> DVI <input type="checkbox"/> HEURE : <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> paire Périph <input type="checkbox"/> DVI <input type="checkbox"/> HEURE : <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> paire Périph <input type="checkbox"/> DVI <input type="checkbox"/> HEURE :							
MEDECINE DU TRAVAIL	SELLES	Suspicion endocardite : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Poids si enfant :      kg							
Saisir MDT et COP et/ou PARPCR (si demandé) sur le même dossier FrLis	<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	PULMONAIRE	RECHERCHE BMR							
<input type="checkbox"/> Rech de Gale  MYS : <b>Remplir feuille renseignements cliniques prélèvements mycologiques SEL-AMM7E-018</b>	<input type="checkbox"/> Crachat / ECBC <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique <input type="checkbox"/> Recherche BK <input type="checkbox"/> Recherche Aspergillus	<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) :							