

Nom du médecin: _____

Code du médecin: _____

Adresse: _____

Téléph.: _____

Fax: _____

Identification patient

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Code postal _____ Ville _____

N° Matricule: _____ Date de naissance: ____/____/____

Téléph.: _____ N° Accident: _____ Date accident: ____/____/____

Renseignements cliniques:

Date de prescription: ____/____/____ Date d'expiration: ____/____/____ (max 6 mois) (Sans date d'expiration, ordonnance valable 2 mois)

ANALYSES MÉDICALES

Urines Origine : <input type="checkbox"/> midstream <input type="checkbox"/> urines sondées <input type="checkbox"/> Symptômes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Traitement : <input type="checkbox"/> Tigette + sédiment <input type="checkbox"/> Culture si leucocyturie <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Levures <input type="checkbox"/> Legionella (Ag) <input type="checkbox"/> Strepto. Pneumoniae (Ag) <input type="checkbox"/> Bilharziose (œufs)	Prélèvement génital Origine : <input type="checkbox"/> Examen direct et culture <input type="checkbox"/> Trichomonas (ex. direct) <input type="checkbox"/> Levures <input type="checkbox"/> Gardnerella <input type="checkbox"/> Strepto B <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> dépistage (max 1x/an) <input type="checkbox"/> suivi (si dépistage positif) <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Recherches spécifiques (max 1 site de prélèvement) : <input type="checkbox"/> urines <input type="checkbox"/> prél. génital <input type="checkbox"/> sperme <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Mycopl. genitalium <input type="checkbox"/> Mycopl. urogénitaux (M.hominis et U.uralyticum) <input type="checkbox"/> Neisseria gono <input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Dépistage MST par PCR (1)
Sang <input type="checkbox"/> Hémocultures (aérobies et anaérobies) Parasites : <input type="checkbox"/> Plasmodium <input type="checkbox"/> Microfilaires <input type="checkbox"/> Trypanosomes	MRSA (max 5 sites) <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pli inguinal Mycobactéries Origine :	Autre prélèvement : Origine : <input type="checkbox"/> Examen direct et culture <input type="checkbox"/> Levures <input type="checkbox"/> Recherche de dermatophytes <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/>
Prélèvement respiratoire Origine : <input type="checkbox"/> Examen direct et culture <input type="checkbox"/> Levures <input type="checkbox"/> Recherche de virus et bactéries par PCR(1) <i>non cumulable avec la culture et la recherche spécifique de pathogènes respiratoires, si état fébrile et</i> <input type="checkbox"/> enfant < 5ans <input type="checkbox"/> immunodépression <input type="checkbox"/> syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) <input type="checkbox"/> atteinte concomitante :	Recherches spécifiques (max 1 site de prélèvement / germe et max 3 germes) : <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae <input type="checkbox"/> Coqueluche (Bordetella pertussis) <input type="checkbox"/> Legionella <i>non cumulable avec la recherche de l'Ag dans l'urine</i> <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Streptocoque groupe A <i>non cumulable avec la culture bactériologique</i> <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Adénovirus <input type="checkbox"/> Bocavirus (enfant < 14 ans) <input type="checkbox"/> Coronavirus <input type="checkbox"/> MERS-Coronavirus <input type="checkbox"/> Influenzavirus <input type="checkbox"/> Parainfluenzavirus <input type="checkbox"/> Metapneumovirus <input type="checkbox"/> RSV (resp. syncytial virus)
Selles <input type="checkbox"/> Coproculture (Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylo.) <input type="checkbox"/> Recherche de parasites <input type="checkbox"/> Recherche de virus et bactéries par PCR(1) <i>non cumulable avec la culture et la recherche spécifique de pathogènes gastro-intestinaux, si état fébrile et</i> <input type="checkbox"/> enfant < 5ans <input type="checkbox"/> immunodépression <input type="checkbox"/> déshydratation sévère <input type="checkbox"/> atteinte concomitante :	Recherches spécifiques (max 3 germes) : <input type="checkbox"/> Clostridium diff. toxigène <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> E. Coli toxigènes <input type="checkbox"/> Entamoeba (amibes) <input type="checkbox"/> Giardia lamblia <input type="checkbox"/> Cryptosporidies <input type="checkbox"/> Scotch test (oxyures) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Adénovirus <input type="checkbox"/> Norovirus <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Astrovirus <input type="checkbox"/> Enterovirus <input type="checkbox"/> Poliovirus <input type="checkbox"/> Parechovirus

(1) Les dépistages par PCR non ciblés (Multiplex) pour infection respiratoire, gastro-intestinale ou MST ne sont pas cumulables entre eux ni avec les recherches spécifiques

Signature du prescripteur: _____

Copie au Dr: _____

ANALYSES MÉDICALES

Patient Nom _____ Prénom _____
 N° Matricule: _____ Date de naissance: _____ / _____ / _____

Indications : *Sérologie : max. 8 actes. Si 1er bilan grossesse : max 12 actes (si statut immunitaire inconnu ou sérologies antérieures négatives).
 Recherches par PCR (max 3) : non cumulables avec la sérologie sauf hépatite B chronique ou confirmation d'une infection HCV ou HIV*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> A. Contrôle d'immunité
<input type="checkbox"/> B. Suspicion clinique
<input type="checkbox"/> C. Contrôle ou confirmation primo-infection récente
<input type="checkbox"/> D. Bilan initial HBV, HCV ou HIV (sérologie pos ou équivoque)
<input type="checkbox"/> E. Suivi infection connue ou chronique | <input type="checkbox"/> F. 1er bilan de grossesse, DDR :
<input type="checkbox"/> G. Suivi de grossesse (si sérologies négatives), âge grossesse :
<input type="checkbox"/> H. Patient immunodéprimé
<input type="checkbox"/> I. Infection congénitale
<input type="checkbox"/> J. Autre contexte (1) : _____ |
|--|--|

<p>Hépatite A :</p> <input type="checkbox"/> IgG (A) <input type="checkbox"/> IgG + IgM (2 actes, B ou C) <input type="checkbox"/> ARN viral (PCR) (H) <p>Hépatite B :</p> <input type="checkbox"/> AchBs (A) <input type="checkbox"/> AgHBs/AchBc /AchBs (= 3 actes) (B, C ou E) <input type="checkbox"/> ADN viral (PCR) (D ou E) Co-infection hépatite Delta <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR <p>Hépatite C :</p> <input type="checkbox"/> Ac HCV <input type="checkbox"/> ARN viral (PCR) (C, D, E, H, J) <input type="checkbox"/> Génotypage <i>O Bilan initial O Echec traitement</i> <p>HIV :</p> <input type="checkbox"/> Ac HIV1 et 2 + Agp24 HIV-1 HIV-2 <input type="checkbox"/> ARN viral (PCR) (D, E, H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Génotypage pro-RT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Génotypage integrase <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>O Bilan initial O Echec traitement</i> <p>Syphilis :</p> <input type="checkbox"/> Ig ou IgG+IgM <input type="checkbox"/> VDRL (E) <p>Chlam. tracho. : (non cumulable avec C. pneumo ou psittaci)</p> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgM (pneumonie du nourrisson)	<p>Toxoplasmose :</p> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR (I) <p>CMV :</p> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Ag ou <input type="checkbox"/> PCR (H,I) (sang, frottis ou urine) <p>EBV (max 3 actes) :</p> <input type="checkbox"/> EBNA-IgG + VCA-IgG + VCA-IgM (= 3 actes) <input type="checkbox"/> VCA-IgG + VCA-IgM (= 2 actes) <input type="checkbox"/> Ac hétérophiles (B) <input type="checkbox"/> EA-IgG ou <input type="checkbox"/> EA-IgM <input type="checkbox"/> EA-IgA ou <input type="checkbox"/> VCA-IgA <input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> Carcinome pharynx <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> PCR (sang, frottis ou urine) (H) <p>Herpes simplex HSV :</p> <input type="checkbox"/> HSV-1 IgG <input type="checkbox"/> HSV-2 IgG <input type="checkbox"/> IgM	<p>Varicelle VZV :</p> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgG + IgM (2 actes, B ou C) <p>Parvovirus B19 :</p> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgG + IgM (2 actes, B ou C) <input type="checkbox"/> PCR (B) <p>Rubéole :</p> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR (I) <p>Oreillons :</p> <input type="checkbox"/> IgG (A) <input type="checkbox"/> IgG + IgM (2 actes, B ou C) <input type="checkbox"/> PCR (salive) (B ou C) <p>Rougeole :</p> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgG + IgM (2 actes, B ou C) <input type="checkbox"/> PCR (B, H ou enfant <2 ans) <p>Borréliose :</p> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Liquide articulaire <input type="checkbox"/> Sang : HN	<p>Mycoplasma pneumoniae :</p> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgA ou <input type="checkbox"/> IgM <p>Chlam. pneumoniae : (non cumulable avec Chlam. tracho)</p> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgA ou <input type="checkbox"/> IgM <p>Chlam. psittaci : (non cumulable avec Chlam. tracho)</p> <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgA ou <input type="checkbox"/> IgM <p>Coqueluche (Bordetella pertussis) :</p> <input type="checkbox"/> IgG (A) <p>Streptocoques :</p> <input type="checkbox"/> ASLO <input type="checkbox"/> ASD (si ASLO nég) <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Arthrite réactionnelle <input type="checkbox"/> Glomérulonéphrites aiguës <input type="checkbox"/> Erythème noueux <input type="checkbox"/> Autre : _____ <p>Helicobacter pylori :</p> <input type="checkbox"/> IgG <p>Tuberculose :</p> <input type="checkbox"/> Test Quantiféron® (1) <input type="checkbox"/> Patient HIV immunodéprimé <input type="checkbox"/> Tuberculose extrapulmonaire ? <input type="checkbox"/> Tuberculose active (5 à 18 ans) ? <input type="checkbox"/> Contact étroit avec une personne malade <input type="checkbox"/> Avant traitement immunosuppresseur <input type="checkbox"/> Examen d'embauche <input type="checkbox"/> Exposition professionnelle
---	---	---	---

Autres agents pathogènes :

Adénovirus (<2 ans) <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA Adénovirus (<2 ans) <input type="checkbox"/> PCR Flavivirus (max 3 virus) (1) Dengue <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR Fièvre jaune <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR West Nile <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR Zika <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR Fièvre hémorragique, (max 3 virus) (1) Arena <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR Bunya <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR Filo <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR Hanta <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR Encéphalite à tique <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM Hépatite E <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> PCR (H) HHV-6 <input type="checkbox"/> PCR HHV-7 <input type="checkbox"/> PCR HHV-8 <input type="checkbox"/> PCR HTLV-1 <input type="checkbox"/> Ig ou IgG <input type="checkbox"/> PCR (D, E ou H) Poliovirus <input type="checkbox"/> Ig Rage <input type="checkbox"/> Ig	Bartonella hens (griffe de chat) <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM Bartonella quint. (puces) <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM Brucella <input type="checkbox"/> Ig Campylobacter <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Guillain-Barré Clostridium tetani <input type="checkbox"/> IgG Coxiella burn. (fièvre Q) <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgA ou IgM Francisella tularensis <input type="checkbox"/> Ig Legionella <input type="checkbox"/> Ig Leptospira <input type="checkbox"/> Ig Rickettsia conorii <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM Rickettsia rick. (fièvre pourprée) <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM Rickettsia typhi <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM Salmonella <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/> Arthrite réactionnelle Shigella <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/> Arthrite réactionnelle Yersinia enterocolitica <input type="checkbox"/> Ig Yersinia pseudotuberculosis <input type="checkbox"/> Ig	Anisakis <input type="checkbox"/> Ig Ascaris <input type="checkbox"/> Ig Echinococcus mult (Alvéolaire) <input type="checkbox"/> Ig Echinococcus granul (Hydatidose) <input type="checkbox"/> Ig Entamoeba histol. (Amibiase) <input type="checkbox"/> Ig Fasciola hepatica (Douve) <input type="checkbox"/> Ig Filariose <input type="checkbox"/> Ig Leishmania <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/> PCR Plasmodium (Malaria) <input type="checkbox"/> Ig Schistosoma <input type="checkbox"/> Ig Strongyloides (Anguillulose) <input type="checkbox"/> Ig Taenia solium (Cysticerose) <input type="checkbox"/> Ig Toxocara <input type="checkbox"/> Ig Trichinella <input type="checkbox"/> Ig Trypanosoma brucei (Afrique) <input type="checkbox"/> Ig Trypanosoma cruzi (Amérique) <input type="checkbox"/> Ig Alvéolites exogènes, Ig : recherche de : _____
--	---	--

(1) Renseignements cliniques obligatoires. HN : analyse à charge du patient