

► CLINIQUE OU SERVICE: \_\_\_\_\_

◆ ANTIBIOTIQUES REÇUS : NON  OUI   
(préciser) \_\_\_\_\_

◆ GROSSESSE EN COURS ? NON  OUI   
Si oui, nombre de semaines \_\_\_\_\_

Ordonnance verbale, une copie sera consignée au dossier médical.  
Signature de l'infirmière, # pratique \_\_\_\_\_

Date	Heure
#1.	#1.
#2.	#2.
#3.	#3.

Important: Tout formulaire non  
identifié ou non signé sera  
refusé.

Médecin, lettre moulée et signature: \_\_\_\_\_  
Dr \_\_\_\_\_ # pratique \_\_\_\_\_

**MICROBIOLOGIE GÉNÉRALE**

**BACTÉRIOLOGIE-BK**

**SÉROLOGIE & IMMUNOLOGIE**

<input type="checkbox"/> Urine	# A	CURI
<input type="checkbox"/> Gorge	# B	GORGE
<input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Sécrétion endo	# A	CVRI
<input type="checkbox"/> Lavage bronc. <input type="checkbox"/> Brossage	# K	CBRON
<input type="checkbox"/> Legionella site : _____		CLEG
<input type="checkbox"/> Sécrétions vaginales	# B	VAGI
<input type="checkbox"/> Culture trichomonas vag.	# I	CTRIV
<input type="checkbox"/> Sécrétions vaginales / Pré-pubère	# B	CGEN1
<input type="checkbox"/> Chlamydia + Gono (Col de l'utérus)	# L	CGCOL
<input type="checkbox"/> Chlamydia + gono (Gorge)	# L	CGGO
<input type="checkbox"/> Chlamydia + Gono (Nasopharynx)	# L	CGNP
<input type="checkbox"/> Chlamydia + gono (Oeil)	# L	CGOE
<input type="checkbox"/> Chlamydia + Gono (Rectum)	# L	CGRE
<input type="checkbox"/> Chlamydia + Gono (sec.vaginale)	# L	CGVA
<input type="checkbox"/> Chlamydia + gono (urine)	# L-U	CGU
<input type="checkbox"/> Gono - Anus	# M	GONO
<input type="checkbox"/> Selles routine	# O	SELLE
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile	# O-1	CLOSD
<input type="checkbox"/> Rotavirus	# O-1	ROTA
<input type="checkbox"/> Oreille <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	# B	OREIL
<input type="checkbox"/> Œil <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	# B	CEIL
<input type="checkbox"/> LCR	# D	CULCR
<input type="checkbox"/> Liquide biologique	# D	LIQBI
<input type="checkbox"/> PLEURAL <input type="checkbox"/> PERITO <input type="checkbox"/> DIALYSAT <input type="checkbox"/> Autre _____		
<input type="checkbox"/> Hémoculture no 1, h : _____ no 2, h : _____		
<input type="checkbox"/> 1 à 4 mL de sang (pédi)		HCAEP
<input type="checkbox"/> Aérobie + Anaérobie 1er prel		HC
<input type="checkbox"/> 10 mL de sang (adulte) 2e prel		HCAE
<input type="checkbox"/> Pus superficiel <input type="checkbox"/> Plaque superficielle	# B	PUSP
(préciser) _____		
<input type="checkbox"/> Pus profond # D (ou # T si faible quantité)		
(préciser) _____	# D	PUPRA
<input type="checkbox"/> 221- Morsure (préciser)	# B	PUSP
<input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> kyste		PUPRA
(Ponction seulement)	# D	
(préciser) _____		
<input type="checkbox"/> Biopsie (+anaérobie + BK + Mycose)	# E	CBIO1
(préciser) _____		
<input type="checkbox"/> Dépistage SAMR site : _____	# B	SARMX
<input type="checkbox"/> Dépistage ERV site : _____	# B	CERV
<input type="checkbox"/> Dépistage combiné nez aine	# B	SARMX
<input type="checkbox"/> Rech ADN Staph aureus R PCR	# B	SARMT
<input type="checkbox"/> Rech du gene VANA PCR	# B	ERV

<input type="checkbox"/> BK-Lavage bronc.	<input type="checkbox"/> BK-Brossage	# K	BKX
<input type="checkbox"/> BK-Expectoration <input type="checkbox"/> no 1 <input type="checkbox"/> no 2 <input type="checkbox"/> no 3		# A	BKX
<input type="checkbox"/> BK-Sécrétion endo <input type="checkbox"/> no 1 <input type="checkbox"/> no 2 <input type="checkbox"/> no 3		# A	BKX
<input type="checkbox"/> BK-Urines (1ère miction totale du matin)		# A	BKX
<input type="checkbox"/>		# D	BKX
<input type="checkbox"/> BK-autres : _____			

**MYCOLOGIE**

<input type="checkbox"/> Myco-Expectoration <input type="checkbox"/> Myco-Sécrétion en	# A	CMYCO
<input type="checkbox"/> Myco-Lavage bronc. <input type="checkbox"/> Myco-brossage		CMYCO
<input type="checkbox"/> Myco-Ongle (préciser)	# A	CMYCO
<input type="checkbox"/> Myco-Squames (préciser)	# A	CMYCO
<input type="checkbox"/> Myco-Liquide biologique	# D	CMYCO
<input type="checkbox"/> Myco-autres : _____		

**PARASITOLOGIE**

Pour tout parasite, remplir la requête GX-1662	
<input type="checkbox"/> Recherche de sang dans les selles	# S RSOSI

**MEMO**

A : Pot stérile
B : Écouvillon
C : Bouchon jaune avec gel
D : Bouchon rouge sans gel
E : Recouvrir la pièce avec un peu d'eau saline stérile, dans un tube rouge sans gel.
G : Enveloppe cartonnée spéciale
H : Contenant avec spatule
I : Utiliser le milieu de transport DIAMOND
K : Écouvillon velouteux + Milieu de transport viral
L : Milieu de transport Chlamydia + gono
L-U : Milieu de transport Chlamydia + gono urine
M : Écouvillon avec charbon de bois
N : Contenant selles avec préservatif (SAF)
O : Contenant selles avec préservatif entérique
O-1 : Contenant selles sans préservatif
P : Bouchon lavande (2 tubes) et une requête CHUM
Q : 1 étalement sur lame
R : 2 étalements sur lame
S : Milieu de transport spécial
T : Écouvillon anaérobie disp. En microbiologie

Prélever un tube # C, par encadrement pour les encadrements 1 et 2	
<b>ENCADREMENT 1</b>	
<input type="checkbox"/> Anticorps hétérophiles (mononucléose)	MONO
<b>ENCADREMENT 2</b>	
<input type="checkbox"/> Syphilis ( Inclut RPR si réactif)	# C SYP
Prélever un tube # C, pour chacun des encadrements ci-dessous et un tube supplémentaire pour la sérothèque	
<input type="checkbox"/> HBsAg (maladie hépatite B)	HBSAG
<input type="checkbox"/> Anti-HBs (immunité Hépatite B)	HBSAC
<input type="checkbox"/> Anti-HBc totaux	ACHC
<input type="checkbox"/> Anti-HAV IgG (Hépatite A)	VHAG
<input type="checkbox"/> Anti HCV (Hépatite C)	AVHCT
<input type="checkbox"/> Rubéole IgG	RUBE0
<input type="checkbox"/> Anti-VIH	VIH
<b>UTILISER REQUÊTE LSPQ POUR CE TEST</b>	
<input type="checkbox"/> HCV CHARGE VIRALE (QUANTITATIF)	HCARN
<input type="checkbox"/> Charge virale - VIH	#P CVVIH
<input type="checkbox"/> 254- HELICOBACTER PYLORI (Sang)	XHPGG
<input type="checkbox"/> 254- HELICOBACTER PYLORI (Selle)	HPYLO
<input type="checkbox"/> Parvovirus IgG	PARVG
<input type="checkbox"/> Parvovirus IgM	PARVM
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM	TOXM
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG	TOXG
<input type="checkbox"/> Varicelle anticorps totaux	VZVG
<input type="checkbox"/> CMV IgG	CMVIG
<input type="checkbox"/> CMV IgM	CNVIM
<input type="checkbox"/> Autres: _____	
<input type="checkbox"/> Herpes (par immunofluorescence)	#R XHSVZ
<input type="checkbox"/> Virus respiratoire syncytial	# K INABV
<input type="checkbox"/> Virus influenza A & B	# K INABV
<input type="checkbox"/> Bordetella Pertussis (coqueluche)	# K XPMBG
<input type="checkbox"/> Varicelle (par immunofluorescence)	# Q ZHSVZ