



## Comment remplir les bons de prescription d'examens biologiques

Documents concernés

Bon de prescription lilas (tous examens sauf microbiologie)

Bon de prescription jaune (microbiologie)

Bon de prescription restreint des urgences

Bon de prescription des bilans de dialyse

### 1°) Cocher dans les cases au stylo bleu ou noir uniquement

Stylo vert, rouge ou bleu pâle ainsi que surlignage au fluo interdits car non-lus par le scanner

Date de prélèvement : .....	<input type="checkbox"/> Urgent	<input type="checkbox"/> Urgence vitale	<input type="checkbox"/> NC Réservé labo
Heure <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15	<b>CORRECT</b>		
Document à scanner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	ELEVEMENTS SUR INTRANET		
poste 83168 BIOCHIMIE	poste : 83167	HEMATOLOGIE (VIOLET) poste : 83176	
VERT PALE	VERT PALE SANS ETIQUETTE		
Bilan à jeun : <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Troponine <input type="checkbox"/> Myoglobine	<input checked="" type="checkbox"/> NFS	<input type="checkbox"/> Plaq. contrôle agrégats(b.bleu)
<input checked="" type="checkbox"/> Na K Cl <input checked="" type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> ProBNP <input type="checkbox"/> Ammonium(glacé)	<input type="checkbox"/> Plaq. seules	<input type="checkbox"/> Schizocytes
<input checked="" type="checkbox"/> CO2 <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Osmolarité	GRIS	<input type="checkbox"/> VS(bouchon noir)	<input type="checkbox"/> Kleihauer
<input checked="" type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Cockroft	<input type="checkbox"/> Lactate (<15 min, glace)	<input type="checkbox"/> Réticulocytes	<input type="checkbox"/> CD4/CD8
<input checked="" type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Amylase poids.....	JAUNE	<input type="checkbox"/> Paludisme	HEMATOLOGIE SPECIALISEE (VIOLET)
<input type="checkbox"/> Glycémie <input type="checkbox"/> Fer	VIOLET		
<input type="checkbox"/> Protides <input type="checkbox"/> Transferrine + coeff.sat	<input type="checkbox"/> hCG <input type="checkbox"/> D.D.R : .....	<input type="checkbox"/> CD4/CD8+Numération des lymphocytes B	
<input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> CRP	<input type="checkbox"/> HbA1c	<input type="checkbox"/> Typage lymphocytaire (LLC ou lymphome)	
<input type="checkbox"/> Phos <input type="checkbox"/> Albumine	<input type="checkbox"/> Elec.de l'hémoglobine	<input type="checkbox"/> Mutation JAK2	
<input type="checkbox"/> Bilirubine <input type="checkbox"/> Magnésium	<input type="checkbox"/> Elec.de l'hémoglobine	<input type="checkbox"/> BCR Abelson (dépiage) <input type="checkbox"/> BCR Abelson (suivi)	
<input type="checkbox"/> ASAT <input type="checkbox"/> Cholestérol	<input type="checkbox"/> Cholestérol <input type="checkbox"/> Triglycérides	<input type="checkbox"/> Myélogramme (motif de la demande au doc)	



Date de prélèvement : .....

Urgent     Urgence vitale     NC  
Réserve labo

10     11     12/24    heure(s)     AM     PM  
 45     50     55    minute(s)

**A NE PAS FAIRE**

Document à scanner     1     2     3     4    VOIR GUIDE DES PRELEVEMENTS SUR INTRANET

poste 83168    BIOCHIMIE    poste : 83167    HEMATOLOGIE (VIOLET)    poste : 83176

VERT PALE    VERT PALE SANS ETIQUETTE

Bilan à jeun :  oui     non     Troponine     Myoglobine     NFS     Plaq. contrôle agrégats(b.bleu)

ProBNP     Ammonium(glacé)     Plaq. seules     Schizocytes

Na K Cl     CPK     Alcool     GRIS     VS(bouchon noir)     Kleihauer

CO2     LDH     Osmolarité     Réticulocytes     CD4/CD8

Urée     Lipase     Cockroft     Lactate (<15 min, glace)     Paludisme

Créatinine     Amylase    poids.....     JAUNE    HEMATOLOGIE SPECIALISEE (VIOLET)

Glycémie     Fer     hCG     D.D.R. : .....

Protides     Transferrine + coeff.sat     CD4/CD8+Numération des lymphocytes B

Calcium     CRP     VIOLET     Typage lymphocytaire (LLC ou lymphome)

Phos     Albumine     HbA1c     Mutation JAK2

Bilirubine     Magnésium     Elec.de l'hémoglobine     BCR Abelson (dépistage)     BCR Abelson (suivi)

ASAT     Cholestérol     Cielopazine     Taxolimus     Métoprolol (motif de la demande au doc)

## 2°) Mentions obligatoires

- 1 Nom du prescripteur (identifiable, initiales non acceptées) + signature (ce document à la valeur d'une ordonnance)
- 2 Nom du préleveur (identifiable, initiales non acceptées)
- 3 Etiquette GAMM du patient
- 4 Etiquette du Service
- 5 Date et heure du prélèvement

Laboratoire de Biologie Médicale du CH de Niort

**PRESCRIPTION MEDICALE  
D'EXAMENS BIOLOGIQUES**

Renseignements obligatoires :

Prescripteur : ..... Signature du prescripteur: .....

Préleveur : ..... **étiquette Service**

**ne coller l'étiquette qu'après  
vérification de l'identité  
Emplacement obligatoire  
Etiquette Patient**

**Cocher UNIQUEMENT au stylo NOIR ou BLEU**

---

Date de prélèvement : .....

Urgent     Urgence vitale     NC  
Réserve labo

Heure     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10     11     12/24    heure(s)     AM     PM    à cocher entre  
 0     5     10     15     20     25     30     35     40     45     50     55    minute(s)    13h et 00h55

Document à scanner     1     2     3     4    VOIR GUIDE DES PRELEVEMENTS SUR INTRANET

L'heure de prélèvement doit être cochée comme le modèle ci-dessous (ex 7h 40 le matin= 7H40 AM)





AUTRES EXAMENS, PRECISER :  
(Cocher "autres examens" en bas de page)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET TRAITEMENT** (en relation avec les dosages de médicaments prescrits) :

Chimio.  Patho. hématologique connue.....  
 Grossesse  Patho. chronique connue.....

Date de prélèvement : ..... Initiales vérificateur.....  Urgent  Urgence vitale  NIC Référé labo

Heure : 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12:04 heures AM PM Pls cocher entre 13h et 00h55

Reservé LABO  document à scanner  Tubes supplémentaires

**SANG : BIOCHIMIE** poste : 83168

**VERIFIEZ :**  oui  non

Bilan à jeun

Na K Cl  Créatinine  Protéines  Calcium  Phosphore  Bilirubine  ASAT  ALAT  Phos.Alc  GOT  Lipase  Ac. urique

Troponine  CPK  LDH  Créatinine  Myoglobine  Fer  Transferrine + coeff.sat  CRP  Albumine  Cholestérol  Triglycérides (à jeun)  HDL+LDL (à jeun)  Ammonium (sans la gaze)  Magnésium

**PHARMACOLOGIE**

Date et heure de dernière prise

**ROUGE**

Rech. Benzodiazépines  Salicylés  Carbamazépine  Phénobarbital  Acide valproïque  Digoxine

**JAUNE**

Immuno-globulines  sérotones  Electro-ph. prot.  IgA  IgG  IgM  Haptoglobuline

**URINES : TUBE BEIGE**

Na K Cl  Créat  Protéin  Micro Alb  Glucose  Osmolalité  Electro-phosph. prot. ur. (échantillon des 24h)  pH  Sang  Nitrites  Sédiments  Cléarence Créat  Cléarence urée  Taux réab.phos  Microrit  Dilués : ml/24H  Opioïdes  Amphotérimines  Cocaine  Cannab. (THC)  Alcool  Méthadone  Buprénorphine  Benzodiazépines

**HEMATOLOGIE (VIOLET)** poste : 83176

NFS  Plaqs seules  Schizocytes  Réticulocytes  Plaquettes

Num + plaq (sans formule)  Plaq contrôle agrégats(bleu)  Kleihauer - Prôseur  Urgent: ML labo  Prévention ane-c

**HEMATOLOGIE SPECIALESEE (VIOLET)**

CD4/CD8  Typage lymphocytaire (LLC ou lymphome)  Mutation JAK2 + attestation consultation  BCR Abelson (déstapage)  BCR Abelson (suivi)  Myélogramme (motif de la demande au dos)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES**

Pré-op  HEP, Calcopaine  Hépatites  Osopex  Anesthésie  Elixirs  TP  Fibrinogène  INR sous AVK  DM/DMes  INR sous AVK  TCA  Monomères de ferone

**HEMORRAGIE (BLEU)** poste : 83175

Pré-op  Amét AVK récent  AVK  HEP, Calcopaine  Hépatites  Osopex  Anesthésie  Elixirs  TP  Fibrinogène  INR sous AVK  DM/DMes  INR sous AVK  TCA  Monomères de ferone

**IMMUNOHEMATOLOGIE (VIOLET)** poste : 83190

Un tube EDTA obligatoirement différent de celui de la NF

Injection anti D(Rhophylax) / date de l'injection

Si oui date de la dernière RAI négative

Groupe sanguin Phénotype trois nouveaux-nés (0mois)

RAI  Phénotype étendu JK-Fy - SS  Bilan incident transfusionnel  si bébé < 6 mois  Groupe ABO RHD  Groupe Phéno Rh Kell  Sang coagulé  Sang veineux

**SANG : HORMONOLOGIE (JAUNE n°1)**

Procalcitonine  Estradiol  Cortisol libre  Ca  B2microglobuline  Proactine  Calcitriol  Phos  Cortisol  Thyroglobuline  TSH  T4L  TSH  Vitamine B12  Diurèse : ml/24H

**URINES DE 24H (totalité)**

Ca  Phos  Mg  Ac. Urique

**BILAN AES: Accident Exposition au Sang**

AES patient (bilan patient source)  AES victime (bilan soignant)

**MARQUEURS TUMORAUX (JAUNE n°4)**

AFP  PSA  CA125  CA159  CA199  CA15.3  NSE  CYFRA 21-1  hCG sous-unité B libre

**ALLERGIE (JAUNE n°5)**

Dép.all.respiratoire adulte (PHADIATOP)  Dép.all.alimentaire adulte (TROPHATOP)  Dép.all.alimentaire enfant 2 à 15 ans (TROPHATOP)  Dép.all.enfant <2 ans (PHADIATOP NOURRISSON)  IGE totales  IGE spécifiques (5 max).....

**AUTO IMMUNITÉ (JAUNE n°6)**

Facteur rhumatoïde  Ac anti-peptides citrullinés  Ac anti-nucléaires  Ac anti-DNA natf  Ag nud.sol. (Anti-SSA,SSB, SM,RNP, JO1, Scl70, Cent)  Si 1, 2 ou 3 seulement des Ac ci-dessus le préciser :

**SANG : VIOLET**

Aldostérone  Testostérone  Testostérone homme  Testostérone femme-enf<15 ans  Vitamine E  Vitamine D  Vitamine D2  Vitamine D3  Vitamine B1 (à fabri.de la lumière)  Vitamine B12

**SANG BLEU MARINE EDTA K2**

Aluminium  Cuivre  Plomb

**SEROLOGIE (JAUNE n°3)** poste : 83174

Tube en attente sérologique  HEPATITE A  Ag HAV  HAV IgM (infection aiguë)  HEPATITE B  Sérologie complète  Ag HBs  Ac anti HBs  Ac anti HBe  Diagnostic hépatite aiguë  AgHBs, AchBo (IgM)  Suivi Hépatite chronique  AgHBs, AgHBe, AchHBe  Contrôle guérison  AgHBs, AchHBe  Avant vaccination  AgHBs, AchHBe  Après vaccin (AchHBe)  Dép. grossesse (AgHBs)  HEPATITE C  Séro HCV  Riba HCV (confirmation)  unquement si HCV positif  HEPATITE D  Sérologie complète  Séro HIV  Western blot HIV (si sérologie +)  Toxoplasme  Rubéole  Syphilis  Bartonella  Brucella (Wright)  Chlamydia psittaci  CMV  Coxiella (fièvre Q)  EBV

**HEPATITE E (IgM)**

HsT1 ET 2  Anti-IA2  Anti-GAD  Légonella  Leptospire  Lyme  MNI test  Mycoplasma pneumoniae  Parovirus B19

**ROUGELE**

IgG (cf immunité)  IgM (infect' ague)  VARICELLE  IgG (cf immunité)  IgM (infect' ague)  TUBES SPECIFIQUES

**2 TUBES ROUGES A 37°C**

Cryoglobuline  VIOLET

**2 grands tubes + attestation consultation**

HLA classe I  HLA classe II  HLAB27 (1 tube violet)

**TUBES SPECIFIQUES**

**(VIOLET) 2 grands tubes**

Charge virale HIV  Charge virale HBV  Charge virale HCV  Quantiferon

**AUTRES EXAMENS**

Préciser en bas de page  Renseignements cliniques

Bon jaune de microbiologie



Laboratoire de Biologie Médicale du CH de Niort  
**PRESCRIPTION MEDICALE D'EXAMENS MICROBIOLOGIQUES**

Renseignements obligatoires :  
Prescripteur : \_\_\_\_\_ Signature du prescripteur : \_\_\_\_\_  
Préleveur : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_ Emplacement obligatoire Etiquette Patient : \_\_\_\_\_  
**Cocher UNIQUEMENT au stylo NOIR ou BLEU**

Autres examens, préciser : (Cocher "autres examens" en bas de page)  
Renseignements cliniques complémentaires : \_\_\_\_\_

PRELEVEMENTS MULTIPLES :  
1 : \_\_\_\_\_  
2 : \_\_\_\_\_  
3 : \_\_\_\_\_  
4 : \_\_\_\_\_  
5 : \_\_\_\_\_

Date de prélèvement : \_\_\_\_\_ URGENT  RCV Révisé labo   
Heure : \_\_\_\_\_ AM  PM  à cocher entre 13h et 20h55

Document à scanner : \_\_\_\_\_ Inibales vérificateur : \_\_\_\_\_

Prélèvement :  Écouvillon (Nb : \_\_\_\_\_)  Pot stérile  Flacon d'hémoculture  Autre \_\_\_\_\_

**Renseignements cliniques obligatoires :**  
 Diagnostic étiologique d'une infection  Antibiothérapie en cours  Mucoviscidose  
 Contrôle après traitement  Immuno-dépression  Grossesse

**ATTENTION : 1 BON PAR TYPE DE PRELEVEMENT Tél: jour 83171 ; garde 83167 (après 16h)**

ANTIGENES SOLUBLES URINAIRES  Ag Legionella pneumophila  Ag Pneumocoque  
**URINES Tél: 83184 / 83171**

ECBU (tube vacuatainer vert olive)  
 Ni jet  Sondage évacuateur  Pose sonde urinaire  Sonde à demeure  Sur Pénitex  
 Sur poche (pédiatrie)  Ponction sus-pubienne  Sur cathéter sus pubien  Urétérostomie gauche  Urétérostomie droite  
 Sur Bricker  Ur. pyéliques droite  Ur. pyéliques gauche  Autre \_\_\_\_\_  Rech. de levures (PMO)

NER JET URINAIRE  Ipot à bouchon rouge uniquement, 5 ml maximum  
RECH MYCOBACTERIES  Flacon blanc, recueilli de la totalité de la 1ère miction du matin  
RECH DE BILHARZIOSE  Urines recueillies après effort

**HEMOCULTURES Tél: 83171** Faire un bon de demande par site de prélèvements

SITE DE PRELEVEMENT  
Voie veineuse périphérique  Chambre implantable  Sur cathéter préciser localisation \_\_\_\_\_  
FLACON PEDIATRIQUE  Voie veineuse périphérique  Sur cathéter

**SELLES Tél: 83171**  
Coproculture  Sur selles non mouillées  Coproflora (nou. né)  Rech. Shigatoxine  Rech. Choléra  
Toxine Clost. difficile  Rech. Cryptosporidies  Rech. Microsporidies  
Parasitologie  Rech. Anguillule  VOYAGE \_\_\_\_\_  
Rotavirus Adenovirus  Scotch test  Recherche de sang

**PRELEVEMENTS ANO- GENITAUX Tél: 83171**  
Vagin  Endocool  Plaenta  PCR Chlamydiae-gonocoque sur PV  
Vulve  Lochies  Liquide amniotique  Rech. Mycoplasme  
Sérinet  Urétral  Digipilage Strepto B  Rech. vaginose (pas de culture, 2 lames)  
Rech. Spermatozoïdes  PCR Herpès (virocult)  Autre \_\_\_\_\_  Rech. Chlamydiae - gonocoque sur anus

**PRELEVEMENTS NOUVEAUX NES Tél: 83171**  
Uq. gastrique  Nez  Oreille  Anus  Ombligo  Méconium

**LIQUIDES DE PONCTION (écouvillons interdits) Tél: 83171** Délai: <4h à 20°C sauf LCR < 30min à 20°C  
CCR  Entérovirus par PCR  Herpès par PCR  Mycobactéries  Rech. Ag Cryptocoque  
VZV par PCR  Méningocoque par PCR  Listeria par PCR  Pneumocoque par PCR  
Bactériologie hors rech. B1  Si recherche de Mycobactéries cocher en plus :  
Articulaire  Articulaire   
Ascite  Ascite   
Pleural  Pleural   
Dialyse péritonéale  Pértonéal (bloc)  Rech. chlamydiae par PCR  Pelvien par coloscopie  
Séle  Lact maternel  Autre \_\_\_\_\_  Bactériologie hors rech. B1  Rech mycobactéries (BK;BAAR)

**PRELEVEMENTS BRONCHO-PULMONAIRES Tél: 83172**  
Rech. complémentaires : Délai: <2h à 20°C ou <4h à 4°C  
PCR Chla pneumoniae  PCR Myco pneumoniae  Trachéal global (PTO)   
Rech. Légionelles  Rech. Nocardia  Distal protégé sous film   
Rech. Aspergillus  Rech. Actinomyces  Aspiration trachéale

**PUS PROFONDS/COLLEC FERMES Tél: 83171**  
Abcès  Furoncle  Phlyctène  Ganglion  
Appendice  Hématome  Plus à préciser : \_\_\_\_\_  
Localisation : \_\_\_\_\_

**PLAIES ET TISSUS Tél: 83171**  
Prélèvements à visée diagnostique Portage exclu  
LOCALISATION : \_\_\_\_\_  
Ecoulement purulent  Erysipèle  Ulcère  Res. cliniques obligatoires  
Moignon  Ecouvillon de trachéotomie  Escarre  Plaie à préciser : \_\_\_\_\_  
Mal perforant  Kyste pilonidal  Rech. VZV PCR  Rech. HSV PCR

**PREL. A VISEE ECOLOGIQUE (dont BMR) Tél: 83171**  
Narine (SARM)  Aine (SARM)  Autre localisation (SARM)   
Anus : Rech. Entérobactéries multi-résistantes   
Anus : Rech. Entérococques Résistants Glycopeptides   
Plaie à visée écologique. Localisation : \_\_\_\_\_  
Rech. portage staph aureus, autres germes : \_\_\_\_\_  
Narine  Autre localisation

**PRELEVEMENTS ORL/OCULAIRE Tél: 83171**  
BACTERIO  
Conduit auditif externe  Oreille  Paracentèse   
Gorge  Pharyngon amygdalies  Bouchée   
Langue  Nez  Méat moyen   
Sinus  Sinus ethmoïdal  Autre \_\_\_\_\_  
PCR Chla pneumoniae  PCR Myco pneumoniae   
Conjonctival  Lentille  Ulcère cornée   
Autre \_\_\_\_\_  
VIROLOGIE (aspiration ou écouvillonnage naso-pharyngé)  
PCR Grippe +VRS (virocult)  Grippe antigènes  Rech. VRS   
Autre \_\_\_\_\_

**MYCOLOGIE (SEULEMENT) Tél: 83171**  
Cuir cheveu  Cheveux  Ongle  Peau  
Autre \_\_\_\_\_  Cartographie fongique - Localisation à préciser en haut de page  A préciser en haut de page

**MATERIEL Tél: 83171**  
Cathéter  Jugulaire   
Point de ponction de cathéter  Sous-clav   
Désilet  Radial  Droit   
Point de ponction de Désilet  Fémoral  Gauche   
PicoLine  Hickman   
Point de ponction PicoLine  Swan Ganz   
Péridural   
Ombilical

**Autres examens, préciser :**  
Tête fémorale  Tissu   
Vis  Autre \_\_\_\_\_

Examens non référencés sur les bons

Ecrire en toute lettre en haut de page après avoir coché la case située en bas à droite du verso

**AUTRES EXAMENS Tél: 83171**

A préciser en haut de page

‘A préciser en haut de page’

### 3°) Spécificités du bon de microbiologie

**Règle générale = par bon de prescription : 1 seul prélèvement par localisation**

Ex : -Hémocultures 4 flacons en périphérie = 1 seul bon car un seul prélèvement

-Hémocultures : une paire en périphérie + une paire sur KT prélevées en parallèle = 2 bons car 2 prélèvements similaires

-ECBU + Prélèvement vaginal = 1 bon car 2 types de prélèvements différents

-Aspiration bronchique + LBA = 2 bons car 2 prélèvements pulmonaires

Quelques points particuliers



- **Recherche de Mycobactéries (BK) : doit être cochée spécifiquement**

<b>PRELEVEMENTS BRONCHO-PULMONAIRES Tél:83172</b>		<b>Bactériologie Hors rech. BK</b>	<b>Rech.mycobactéries (BK-BAAR)</b>
Rech.complémentaires		<input checked="" type="checkbox"/> Crachats	<input checked="" type="checkbox"/> Crachats
Délai : <2h à 20°C ou <8h à 4°C		<input type="checkbox"/> Fibro-aspiration bronchique	<input type="checkbox"/> Fibro-aspiration bronchique
		<input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Mini LBA	<input type="checkbox"/> LBA
		<input type="checkbox"/> Autre.....	<input type="checkbox"/> Autre :..... <input type="checkbox"/> Mini LBA
<input type="checkbox"/> PCR Chla.pneumoniae	<input type="checkbox"/> PCR Myco.pneumoniae	<input type="checkbox"/> Trachéal global (PTG)	<input type="checkbox"/> Tubage gastrique n°.....
<input type="checkbox"/> Rech. Légionelles	<input type="checkbox"/> Rech. Nocardia	<input type="checkbox"/> Distal protégé sous fibro	<input type="checkbox"/> PCR BK (rens. cliniques obligatoires)
<input type="checkbox"/> Rech. Aspergillus	<input type="checkbox"/> Rech. Actinomyces	<input type="checkbox"/> Aspiration trachéale	

- **Cathéters et point de ponction cathéters : cocher aussi les cases de localisation**

<b>MATERIEL Tél: 83171</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Cathéter	<input type="checkbox"/> Jugulaire
<input type="checkbox"/> Point de ponction de cathéter	<input type="checkbox"/> Sous-clav
<input type="checkbox"/> Désilet	<input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Droit
<input type="checkbox"/> Point de ponction de Désilet	<input checked="" type="checkbox"/> Fémoral <input checked="" type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> PiccLine	<input type="checkbox"/> Hickman
<input type="checkbox"/> Point de ponction PiccLine	<input type="checkbox"/> Swan Ganz
	<input type="checkbox"/> Péri-dural
	<input type="checkbox"/> Om bilical
KT Canaud <input type="checkbox"/> Br.artérielle	<input type="checkbox"/> Br.veineuse
<input type="checkbox"/> Orifice de cathéter de dialyse	

Ex cathéter fémoral gauche= 3 cases à cocher :

- **Prélèvements multiples bloc ortho : cocher la case + préciser les différentes localisations en haut de page**

<b>AUTRES EXAMENS, PRECISER :</b> (Cocher "autres examens" en bas de page)	<b>PRELEVEMENTS MULTIPLES :</b>
- Renseignements cliniques complémentaires :	1 :
	2 :
	3 :
	4 :
	5 :



<b>PLAIES ET TISSUS Tél: 83171</b>		Cases à cocher si nécessaire :	
Prélèvements à visée diagnostique Portage exclu		<input type="checkbox"/> Rech. Mycobactéries	<input type="checkbox"/> Rech. Mycologique
LOCALISATION : .....		<input type="checkbox"/> Erysipèle	<input type="checkbox"/> Ulcère
<input type="checkbox"/> Cicatrice opératoire	<input type="checkbox"/> Ecoulement purulent	<input type="checkbox"/> Plaie à préciser .....	<input type="checkbox"/> Escarre
<input type="checkbox"/> Moignon	<input type="checkbox"/> Ecouvillon de trachéotomie	<input type="checkbox"/> Rech. VZV PCR	<input type="checkbox"/> Rech. HSV PCR
<input type="checkbox"/> Mal perforant	<input type="checkbox"/> Kyste pilonidal		
<b>PRELEVEMENTS BLOC ORTHO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Prélèvements multiples	<input type="checkbox"/> Os	<input type="checkbox"/> Tête fémorale	<input type="checkbox"/> Tissu.....
à préciser en haut de page	<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> Vis	<input type="checkbox"/> Autre.....