

DEMANDE D'ANALYSES

BACTERIOLOGIE / BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Médecin / service

NLAB

Facture à : Patient Requérant Autre:

Prélèvement date et heure Prélèvement au laboratoire

Jour 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Mois Janv. Févr. Mars Avril Mai Juin Juillet Août Sept. Oct. Nov. Déc.

Heure 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

Minute 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55

Copies / Renseignements cliniques / Autres analyses

PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA Lieu :

Né(e) :

Sexe :

M

F

MATERIEL A ANALYSER (Utiliser une feuille par prélèvement)

HEMOCULTURE

BO par cathéter*
BN ponction veineuse
BM pour mycobactéries

CATHETER

XD Bout de drain*
XC Cathéter*

URINES

UN Native
UP Ponction sus-pubienne
US Sondée
UT Urotube*

SELLES

FA Anus
F- Selles

LIQUIDES/PONCTIONS

LA Amniotique
LY Articulaire*
LS Ascite
LB Bile
LI Dialysat
LR Drain*
LG Gastrique
LK Kyste*
LQ LCR
LN Péritonéal
LL Pleural
L- Autres liquides*

SECRETIONS PULMONAIRES

AS Aspiration bronchique
EX Expectoration
LV Lavage bronchoalvéolaire

SPHERE GENITALE

FE Endocol
FF Exocol
SP Sperme
XS Stérilet
FT Urètre
FV Vagin
FU Vulve

SPHERE ORL

FB Bouche
FC Conjonctive
FD Cornée
FG Gorge
FX Nasopharynx
FN Nez
FI Œil
FO Oreille
LZ Sinus

PEAU/PLAIES

AE Aisselle
OM Omphalic
ON Ongle*
PD Pied diabétique
FP Plaie profonde*
FS Plaie superficielle*
PI Pli inguinal
PU Pus*
TS Squame*

TISSUS

BX Biopsie*
FK Os*
IM Implant*

DEPISTAGE MRSA

FM Nez, gorge, pli inguinal

AUTRE PRELEVEMENT

X-

*Préciser la localisation :

ANALYSES MICROBIOLOGIQUES

BACTERIOLOGIE

*BACLA Bactériologie générale
*BLSE BLSE
*CRE Carbapénemase
*CHAMP Champignons
*CLOS Clostridium difficile
*VRE Entero. Vanco. R
*GONO Gonocoques
*LEGIO Legionella
*MRSA MRSA
*BK Mycobactéries (culture BK)
*MYCUR Mycoplasma/Ureaplasma
*NOCAR Nocardia
*STRB Streptocoques B (seul)
*YERSI Yersinia

COPROLOGIE

*ADENO Adénovirus
*LEUCO Leucocytes
*PARA Parasites
*ROTA-D Rotavirus
*SGOC Sang occulte

RECHERCHE D'ANTIGENES

U-CMVAG Cytomégalovirus (urine)
*HPSA Helicobacter pylori (selles)
FLAAG Influenza A/B
*LEGAG Legionella sp. (urine)
*SPAGU Strepto. pneumoniae (urine)
RSVAG Virus resp. sync. (RSV)
ASAGVIR Virus respiratoires

BIOLOGIE MOLECULAIRE

BBP B. pertussis (coqueluche)
BOP Borrelia burgdorferi
CTP Chlamydia trachomatis
CPP Chlamydia pneumoniae
CMV Cytomégalovirus
ENT Entérovirus
EBV Epstein-Barr Virus
HEP1 Herpès 1,2
IAP Influenza A
IBP Influenza B
LPN Legionella
MRSA MRSA
TB Mycobactéries
MPP Mycoplasma pneumoniae
RSV Virus Resp. Sync. (RSV)
NGP Neisseria gonorrhoeae (Gono)
NOP1 Norovirus
HPV Papillomavirus
CLM Triplex: C. pneumoniae, Legionella, M. pneumoniae
VAP Varicella Zoster
? Autres:

ANALYSENAUFTRAG

BAKTERIOLOGIE / MOLEKULAR BIOLOGIE

Arzt / Abteilung

NLAB

Rechnung an: Patient Einsender Andere:

Datum und Zeit der Probenentnahme Probenentnahme im Labor

Tag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Monat Jan Feb März Apr Mai Jun Jul Aug Sept Okt Nov Dez

Stunde 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

Minute 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55

Kopie / Klinische Angaben / Andere Analysen:

PATIENT

Name :

Vorname :

Adresse :

PLZ / Ort :

Geburtsdatum :

Geschlecht : M W

UNTERSUCHUNGSMATERIAL (Bitte nur ein Material pro Auftrag)

BLUTKULTUR	FLÜSSIGKEIT / PUNKTION	GENITALBEREICH	HAUT / WUNDEN
BO <input type="checkbox"/> Entnahme mittels Katheter*	LA <input type="checkbox"/> Amnion	XS <input type="checkbox"/> IUD/Spirale	AE <input type="checkbox"/> Achsel
BN <input type="checkbox"/> Entnahme venös	LS <input type="checkbox"/> Aszites	FE <input type="checkbox"/> Gebärmutterhals	PD <input type="checkbox"/> Diabetikerfuss
BM <input type="checkbox"/> für Mykobakterien	LI <input type="checkbox"/> Dialysat	FF <input type="checkbox"/> Gebärmuttermund	PU <input type="checkbox"/> Eiter*
KATHETER-SPEZIMEN	LB <input type="checkbox"/> Galle	SP <input type="checkbox"/> Spermien	TS <input type="checkbox"/> Hautschuppen*
XD <input type="checkbox"/> Drainagespitze*	LR <input type="checkbox"/> Katheter*	FT <input type="checkbox"/> Urethra	PI <input type="checkbox"/> Leistenfalten
XC <input type="checkbox"/> Katheter*	LQ <input type="checkbox"/> Liquor cerebrospinalis	FV <input type="checkbox"/> Vagina	OM <input type="checkbox"/> Nabel
URIN	LG <input type="checkbox"/> Magensaft	FU <input type="checkbox"/> Vulva	ON <input type="checkbox"/> Nagel*
US <input type="checkbox"/> Katheterurin	LN <input type="checkbox"/> Peritoneum	HNO-BEREICH	FS <input type="checkbox"/> Wunde, oberflächlich*
UP <input type="checkbox"/> Punktion suprapubisch	LL <input type="checkbox"/> Pleura	FI <input type="checkbox"/> Augen	FP <input type="checkbox"/> Wunde, tief*
UN <input type="checkbox"/> Urin nativ	LY <input type="checkbox"/> Synovia / Gelenk*	FC <input type="checkbox"/> Bindehaut	GEWEBE
UT <input type="checkbox"/> Urotube*	LK <input type="checkbox"/> Zysteninhalt*	FD <input type="checkbox"/> Hornhaut	BX <input type="checkbox"/> Biopsie*
STUHL	L- <input type="checkbox"/> Andere*	FB <input type="checkbox"/> Mund	FK <input type="checkbox"/> Knochen*
FA <input type="checkbox"/> Analabstrich	BRONCHIEN	FN <input type="checkbox"/> Nasen	IM <input type="checkbox"/> Implant*
F- <input type="checkbox"/> Stuhl	AS <input type="checkbox"/> Absaugflüssigkeit	LZ <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhle	MRSA-SCREENING
	LV <input type="checkbox"/> Bronchioalveoläre Spülung	FX <input type="checkbox"/> Nasopharynx	FM <input type="checkbox"/> Leistenfalte, Nasen, Rachen
	EX <input type="checkbox"/> Sputum	FO <input type="checkbox"/> Ohren	ANDERE
		FG <input type="checkbox"/> Rachen	X- <input type="checkbox"/>

*Lokalisation angeben :

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNGEN

BAKTERIOLOGIE	KOPROLOGIE	MOLEKULARBIOLOGIE (PCR)	
*BACLA <input type="checkbox"/> Bakteriologie Routine	*ADENO <input type="checkbox"/> Adenovirus	BBP <input type="checkbox"/> B. pertussis (Keuchhusten)	NGP <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae (Gono)
*BLSE <input type="checkbox"/> BLSE	*LEUCO <input type="checkbox"/> Leukozyten	BOP <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi	NOP1 <input type="checkbox"/> Norovirus
*CRE <input type="checkbox"/> Carbapenemase	*SGOC <input type="checkbox"/> Okkultes Blut	CTP <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis	HPV <input type="checkbox"/> Papillomavirus
*CLOS <input type="checkbox"/> Clostridium difficile	*PARA <input type="checkbox"/> Parasiten	CPP <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae	CLM <input type="checkbox"/> Triplex: C. pneumoniae, Legionella, M. pneumoniae
*VRE <input type="checkbox"/> Entero. Vanco. R	*ROTA-D <input type="checkbox"/> Rotavirus	CMV <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus	VAP <input type="checkbox"/> Varizella Zoster
*GONO <input type="checkbox"/> Gonokokken (Kultur)	ANTIGENNACHWEIS	ENT <input type="checkbox"/> Enterovirus	? <input type="checkbox"/> Andere:
*LEGIO <input type="checkbox"/> Legionella (Kultur)	U-CMVAG <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus (Urin)	EBV <input type="checkbox"/> Epstein-Barr Virus	
*MRSA <input type="checkbox"/> MRSA	*HPSA <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (Stuhl)	HEP1 <input type="checkbox"/> Herpes 1,2	
*BK <input type="checkbox"/> Mykobakterien (Kultur)	FLAAG <input type="checkbox"/> Influenza A/B	IAP <input type="checkbox"/> Influenza A	
*MYCUR <input type="checkbox"/> Mykoplasmen/Ureaplasmen	*LEGAG <input type="checkbox"/> Legionella sp. (Urin)	IBP <input type="checkbox"/> Influenza B	
*NOCAR <input type="checkbox"/> Nocardia	RSVAG <input type="checkbox"/> Resp. Sync. Virus (RSV)	LPN <input type="checkbox"/> Legionella	
*CHAMP <input type="checkbox"/> Pilze	ASAGVIR <input type="checkbox"/> Respirator. Viren	MRSA <input type="checkbox"/> MRSA	
*STRB <input type="checkbox"/> Strepto.Gr. B	*SPAGU <input type="checkbox"/> Strepto. pneumoniae (Urin)	TB <input type="checkbox"/> Mykobakterien	
*YERSI <input type="checkbox"/> Yersinia		MPP <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae	
		RSV <input type="checkbox"/> Resp. Sync. Virus (RSV)	

Zentralinstitut der Spitäler - Institut Central des Hôpitaux - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SITTEN - T: +41 (0)27 603 4700 - F: +41 (0)27 603 4801 - LABORATORIEN : Brig, Visp, Siders, Sitten, Martignach, Chablais, Riviera.