



Laboratoire des Mycobactéries - GHSud

☎ 05.57.62.34.70 (poste 23470)
Fax: 56867

⚠ Concerne l'ABC

Coller ici l'étiquette
Bon de demande
sans masquer le prescripteur
merci

REFERENCE POUR ETABLISSEMENT EXTERNE :
N° CelFacBio 3814 Libourne 610012 I. Bergonié 409309
 C. Perrens 610001 Cadillac 610023 N° autre étab. ext. :

La non conformité de la demande d'examens peut entrainer la non réalisation des analyses (GBEA 1999)

Etiquette du malade ou

Nom d'usage : Cachet du service (UG) Médecin prescripteur :
Nom de famille (de naissance) : Préleveur (nom, qualité) :
Prénom : Téléphone Date de prélèvement :
Sexe : Heure de prélèvement :
Date de naissance : / / Incidents survenus lors du prélèvement :
N° identification :
Ville : CP :

Renseignements cliniques :

MYCOBACTERIES	
PRELEVEMENTS RESPIRATOIRES (pot rouge) <input type="checkbox"/> BKR <input type="checkbox"/> Expectations <input type="checkbox"/> Tubage gastrique <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> BKM Mucoviscidose: <input type="checkbox"/> Expectations <input type="checkbox"/> Aspiration sous fibroscopie <input type="checkbox"/> LBA	LIQUIDES (LCR: tube conique; autres liquides: tube incolore) <input type="checkbox"/> BKLCR <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> BKLIQ <input type="checkbox"/> Liquide pleural <input type="checkbox"/> Liquide ascite <input type="checkbox"/> Liquide péricardique <input type="checkbox"/> Liquide péritonéal <input type="checkbox"/> Liquide ponction ganglionnaire <input type="checkbox"/> Liquide articulaire <input type="checkbox"/> Liquide synovial <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="checkbox"/> BKLHA <input type="checkbox"/> Humeur aqueuse
BIOPSIES (pot rouge) <input type="checkbox"/> BKBI <input type="checkbox"/> Biopsie pulmonaire <input type="checkbox"/> Biopsie pleurale <input type="checkbox"/> Biopsie ganglionnaire <input type="checkbox"/> Biopsie hépatique <input type="checkbox"/> Biopsie osseuse <input type="checkbox"/> Biopsie articulaire <input type="checkbox"/> Biopsie synoviale <input type="checkbox"/> Biopsie cutanée <input type="checkbox"/> Biopsie ORL, précisez : <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="checkbox"/> BKMA <input type="checkbox"/> Matériel orthopédique <input type="checkbox"/> Prothèse vasculaire	URINES (pot rouge) <input type="checkbox"/> BKU Urines
PUS (eswab ou pot rouge) <input type="checkbox"/> BKPU <input type="checkbox"/> Pus profond <input type="checkbox"/> Pus abdominal <input type="checkbox"/> Abscès <input type="checkbox"/> Pus ORL <input type="checkbox"/> Pus ostéo-articulaire <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="checkbox"/> BKCUT <input type="checkbox"/> Pus cutané <input type="checkbox"/> Abscès cutané <input type="checkbox"/> BKOEI <input type="checkbox"/> Prélèvement oculaire, précisez :	MOELLE (tube Hépariné 5 mL) <input type="checkbox"/> BKMO Moelle
BIOLOGIE MOLECULAIRE – PCR complexe <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	RECHERCHE PARTICULIERE <input type="checkbox"/> B9BMLP <input type="checkbox"/> PCR <i>M. leprae</i> sur biopsie cutanée (pot rouge) <input type="checkbox"/> BHANS Recherche de <i>M. leprae</i> (eswab) <input type="checkbox"/> suc dermique du lobule de l'oreille <input type="checkbox"/> grattage nasal
<input type="checkbox"/> BGBKR <input type="checkbox"/> Expectations <input type="checkbox"/> Tubage gastrique <input type="checkbox"/> Aspiration sous fibroscopie <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> BGBKM Mucoviscidose : <input type="checkbox"/> Expectations <input type="checkbox"/> Aspiration sous fibroscopie <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> BGBKBI Biopsie: <input type="checkbox"/> pulmonaire <input type="checkbox"/> pleurale <input type="checkbox"/> ganglionnaire <input type="checkbox"/> hépatique <input type="checkbox"/> osseuse <input type="checkbox"/> articulaire <input type="checkbox"/> synoviale <input type="checkbox"/> cutanée <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> autre, précisez : <input type="checkbox"/> BGBKPU <input type="checkbox"/> pus profond <input type="checkbox"/> abcès <input type="checkbox"/> pus ostéo-articulaire <input type="checkbox"/> pus ORL <input type="checkbox"/> autre, précisez : <input type="checkbox"/> BGBKLIQ Liquide: <input type="checkbox"/> pleural <input type="checkbox"/> ascite <input type="checkbox"/> péricardique <input type="checkbox"/> ponction ganglionnaire <input type="checkbox"/> articulaire <input type="checkbox"/> synovial <input type="checkbox"/> autre, précisez : <input type="checkbox"/> BGBKCUT <input type="checkbox"/> pus cutané <input type="checkbox"/> abcès cutané <input type="checkbox"/> BGBKMA <input type="checkbox"/> Matériel orthopédique <input type="checkbox"/> Prothèse vasculaire <input type="checkbox"/> BGBKLCR <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> BGBKU <input type="checkbox"/> urines <input type="checkbox"/> BGBKADN <input type="checkbox"/> extrait ADN, précisez l'origine :	
L'analyse QuantIFERON est prescriptible sur le bon du laboratoire de Bactériologie	

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

Pole Biologie et Pathologie

Laboratoire des Mycobactéries - GHSud

URGENT