

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

➔ **En cas de demande d'analyse bactériologique standard et de mycobactéries, envoyer:**
 - un échantillon au laboratoire de Bactériologie de GHP pour la bactériologie standard avec le bon de demande de Bactériologie
et - un échantillon au laboratoire des Mycobactéries au GHSud avec le présent bon de demande.
 ➔ **En cas d'échantillon non scindable, envoyer d'abord celui-ci au laboratoire de Bactériologie de GHP pour la bactériologie standard, accompagné des deux bons de demandes.**

➔ **Cocher la nature de l'échantillon :**

BK37		Prélèvements broncho-pulmonaires			
		<input type="checkbox"/> Expectations <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique <input type="checkbox"/> Tubage gastrique <input type="checkbox"/> LBA			
BK30		Mucoviscidose: <input type="checkbox"/> Expectations <input type="checkbox"/> Aspiration bronchique <input type="checkbox"/> LBA			
BKU		Urines			
BK30		Prélèvements ostéo-articulaires			
		<input type="checkbox"/> Biopsie osseuse <input type="checkbox"/> Liquide articulaire <input type="checkbox"/> Liquide synovial			
		<input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Autre, précisez :			
		<input type="checkbox"/> Biopsie cutanée <input type="checkbox"/> œil, précisez :			
		<input type="checkbox"/> ORL, précisez:			
BK37		<input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> liquide de ponction, précisez:			
		<input type="checkbox"/> pus, précisez: <input type="checkbox"/> biopsie autre, précisez:			
BKMO		Moelle (<i>prélevée sur tube Isolator</i>)			
BGBK		PCR <i>Mycobacterium complexe tuberculosis</i>			

Coller ici l'étiquette « URGENT » ou cocher la case : « URGENT »



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 : / /
 N° identification :
 Ville : CP :

DEMANDE DE QuantIFERON

**AUCUN TEST NE SERA RÉALISÉ SI CETTE FICHE N'EST PAS CORRECTEMENT REMPLIE.
L'ACCORD DU LABORATOIRE DOIT ÊTRE OBTENU AVANT LA RÉALISATION DU PRÉLÈVEMENT.**

Immuno-compétence T connue (CD4 >400/μL ou lymphocytes >1000/μL)

Date de la numération sanguine (la plus récente) : ___ / ___ / _____

Taux de lymphocytes totaux : G/L ou Taux de CD4 : G/L

- Enquête autour d'un cas de tuberculose
 Bilan d'embauche
 Suspicion de tuberculose extra-pulmonaire, localisation:
 Bilan avant traitement par anti-TNFα

QuantIFERON® (laboratoire des Mycobactéries - GHSud)

- Prescription du **lundi au vendredi avant 17h** après envoi de ce bon de demande par **fax au 56867**.
- Conditions de prélèvement:
 - **uniquement après accord du laboratoire des mycobactéries** rendu après réception du fax.
 - tubes **QuantIFERON®** à récupérer à l'ABC de GHSud, à l'ABC de GHSA ou au laboratoire de bactériologie de GHP.
 - pas de prélèvement le samedi ni la veille de jours fériés
 - **délai d'acheminement du prélèvement: < 12h**

code enregistrement : BQFER

Immuno-dépression T connue (CD4 <400/μL ou lymphocytes <1000/μL)

Antériorité de QuantIFERON® indéterminé

- Prescription sur le bon d'**IMMUNOLOGIE-IMMUNOGÉNÉTIQUE** (bon bleu foncé).

Partie réservée aux ABC de GHSud et GHSA.

• Réception des tubes de QuantIFERON® : Date : Heure :