≺ recherche de mycobactéries ≻

Laboratoire CHT
Microbiologie après 15h et le week end, ne prélever que si l'analyse ne peut être différée

Tél 6634 Garde 5956

Nom : Né(e) le : Service :

Epse :

Prénom : Sexe : Prescripteur : (signature) Préleveur :

Date et heure du prélèvement :

Pour les prélèvements N°2 et N°3 : ne pas remplir les zones « prescripteur » et « indication »

Prélèvement :

- O LBA *4LBA*
- O Fibroaspiration bronchique *4FAB*
- O Trachéal *4ATR*
- O Expectoration *4EXP*
  - O N°1 O N°2 O N°3
- O Tubage gastrique *4TGA*
  - O N°1 O N°2 O N°3

Autre prélèvement : (préciser)

Indication :

- O Toux / expectoration persistante *1TEP*
- O Infiltrat / nodule /caverne (radio pulmonaire) *1INC*
- O Contage tuberculeux *1CTU*
- O Contrôle de traitement *1CTT*

Remarque :

Traitement antimicrobien :

O Absence Présence { au moment du prélèvement O
{ après le prélèvement O

Molécule(s) administrée(s) :

ne pas photocopier : bons à demander au secrétariat de Biologie Médicale