



IPP	APH Médecin	Réservé Laboratoire	UH
-----	-------------	------------------------	----

RECHERCHE DIRECTE DE PARASITES

DATE : / /

HEURE : h min

Préleveur
(APH ou
Nom P + Qualité)

: Patient difficile à prélever

: Pas de résultats dans Cyberlab

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

Non immunodéprimé Immunodéprimé : Hémopathie Cancer VIH Transplantation

Traitement immunosuppresseur : _____

Séjour outre-mer Pays : _____ Année : _____ Durée : _____ Date retour en France : _____

Hyperéosinophilie

Autres renseignements :

SANG (tube EDTA, bouchon violet)

PALUDISME (Frottis, Goutte épaisse, Test antigénique)

A transmettre IMMEDIATEMENT au LABORATOIRE après CONTACT TELEPHONIQUE : DECT 12 252

Fièvre : Oui Non

Chimio prophylaxie antipalustre : Oui Non

Voyage < 2 mois : Oui Non

Microfilaires Leishmanies Trypanosomes

SELLES (pot stérile bouchon rouge rempli)

Parasitologie standard (EPS)

(Ex. direct/Tech. concentration)

Recherche extemporanée de formes végétatives d'amibes

(Ex. direct / MIF) (sang, glaires)

Anguillules (Technique de Baermann)

Cryptosporidies

Microsporidies

MOELLE

(Frottis sur lame / tube EDTA, bouchon violet)

Leishmanies

Toxoplasme

URINES

(Miction après effort ou urines des 24h)

Bilharzies (*Schistosoma haematobium*)

AUTRES RECHERCHES : cocher le Type d'échantillon et Site et la Recherche spécifique

Type d'échantillon et Site de prélèvement (site à préciser*)	Recherches parasitaires spécifiques
<p><input type="checkbox"/> LCR</p> <p><input type="checkbox"/> LBA</p> <p><input type="checkbox"/> Grattage de cornée</p> <p><input type="checkbox"/> Biopsie cornée</p> <p><input type="checkbox"/> Lentilles</p> <p><input type="checkbox"/> Liquide de conservation lentilles</p> <p><input type="checkbox"/> Lésion cutanée (Prélèvement superficiel) (à préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p><input type="checkbox"/> Amibes libres (+ Culture)</p> <p style="padding-left: 20px;">Port de lentilles de contact : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Bilharzies (= Schistosomes)</p> <p>(Biopsie rectale, vésicale)</p> <p><input type="checkbox"/> Douves (distomatose digestive, respiratoire)</p> <p><input type="checkbox"/> Kyste Hydatique</p> <p><input type="checkbox"/> Leishmanies (+ Culture cellulaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Toxoplasme</p> <p><input type="checkbox"/> Oxyures (Scotch test anal)</p> <p><input type="checkbox"/> Identification de parasite (vers, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Identification d'insectes (poux, puces, myases)</p>
<p>BIOPSIES :</p> <p><input type="checkbox"/> Cutanée *</p> <p><input type="checkbox"/> Digestive *</p> <p><input type="checkbox"/> Hépatique</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmonaire *</p> <p><input type="checkbox"/> Osseuse *</p> <p><input type="checkbox"/> Vésicale</p> <p><input type="checkbox"/> Kyste (pièce opératoire) *</p> <p><input type="checkbox"/> Abscess profond *</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	
<p><input type="checkbox"/> SARCOPTES : Espaces interdigitaux <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p><input type="checkbox"/> DEMODEX : Front <input type="checkbox"/> Joue <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Cils <input type="checkbox"/> Autre :</p>	

Une feuille de demande par prélèvement et par sachet rose

IDENTIFICATION DU PATIENT ET DU SERVICE SUR LE RECTO DE LA FEUILLE DE DEMANDE

IMMUNOLOGIE PARASITAIRE

Sérologies : recherche d'Anticorps (tube sec bouchon jaune (gel) ou bouchon rouge)

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

Non immunodéprimé Immunodéprimé : Hémopathie Cancer VIH Transplantation

Traitement immunosuppresseur : _____

Séjour outre-mer Pays : _____ Année : _____ Durée : _____ Date retour en France : _____

Hyperéosinophilie

Autres renseignements :

Femme enceinte

Date de début de grossesse : / / /

Bébè* Bilan de Toxoplasmose néo/post-natale

SEROLOGIE TOXOPLASMOSE

Veuillez nous transmettre le résultat des sérologies faites en externe

Sérum Adulte

Sérum Bébè *

Sang cordon *

* Si Bilan Néonatal Mère / Enfant :

Joindre le sérum maternel

ET Préciser l'identité de la mère :

CHARGE IMMUNITAIRE (Coefficient de Desmonts) :

Echantillon : Tube sec stérile ET Joindre le sérum du patient

Humeur aqueuse Humeur vitrée LCR

Lésions récentes au FO : Oui Non

SEROLOGIES PARASITAIRES

Amibiase

Anisakiase

Bilharziose (= Schistosomiase)

Cysticercose

Distomatose (Fasciolose)

Hydatidose

Echinococcose alvéolaire

Leishmaniose

Toxocarose

Trichinellose

BIOLOGIE MOLECULAIRE

(Tube stérile, T 4°C)

PCR Toxoplasme

Liquide amniotique (Joindre le consentement)

Sang (2 x 5ml, EDTA, bouchon violet)

Lavage broncho-alvéolaire (LBA)

Humeur aqueuse Humeur vitrée

LCR

Moelle

Autre :

PCR Leishmanies

Sang (2 x 5ml, EDTA, bouchon violet)

Moelle (EDTA, bouchon violet)

Biopsie Type :

PCR Amibes libres (*Acanthamoeba sp.*)

Cornée (grattage, biopsie) LCR

Port de lentilles de contact: Oui Non

PCR Cysticercose (*Taenia solium*) :

LCR

PCR Cestodes :

Biopsie Pièce opératoire Type :

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Prélèvements reçus: Mauve: Jaune: Rouge: Autre:

Identification d'une non-conformité critique

Cocher la case non-conformité CRITIQUE sous le code à barres et indiquer la nature de cette non-conformité

Abs. Prescription Pvt(s) manquant(s) Nature Pvt(s) non conf.

Pvt(s) non étiqueté(s) Feuille non étiquetée Discordance Pvt-Feuille

Identification d'une non-conformité NON critique

Cocher la case du type de non-conformité NON CRITIQUE sous le code à barres

NC Critiques NC Prescription NC identité NC Echantillon NC Acheminement

Heure de réception
au laboratoire:

_____H_____min

Traçabilité du traitement
de la demande :

.....