eurofins | Biomnis

Bon de demande
Bactériologie et Parasitologie-Mycologie

PATIENT

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Sexe : ☐ F ☐ M
Tél. : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
Email : .....
Laboratoire correspondant : .....
Référence du dossier (laboratoire d'origine) : .....
Renseignements cliniques : .....
.....

Identification de l'hôpital ou du laboratoire

Obligatoire
Coller ici votre étiquette d'identification

Date du prélèvement : |__|__| |__|__| |__|__|

BACTÉRIOLOGIE

Nom du germe *(obligatoire)* **:** .....
Origine *(obligatoire)* **:** .....

☐ **OU TYPE DE PRÉLÈVEMENT :**
☐ Hémocultures/sang ☐ Urines ☐ Selles ☐ Sperme
☐ LCR ☐ Uro-génital - *(Précisez)* : .....
☐ Respiratoire/ORL - *(Précisez)* : .....
☐ Liquide de ponction - *(Précisez)* : .....
☐ Biopsie - *(Précisez)* : .....
☐ Cutanéo-muqueux - *(Précisez)* : .....

SUR SOUCHE

	Bactérie aérobie	Bactérie anaérobie	Bactérie de l'environnement
Identification	☐ (IBA)	☐ (IDANA)	☐ (HYG)
Antibiogramme	☐ (ATBSM)	☐ (ATBAN)	☐ (ATBSM)
CMI	☐ (CMIAE)	☐ (CMIAN)	☐ (CMIAE)

Antibiotique(s) demandé(s) : .....

SUR PRÉLÈVEMENT : ANALYSES DEMANDÉES

☐ **Recherche d'une bactérie nommément désignée (ex : choléra, diphtérie)**
☐ Aérobie/microaérophile (RBA)
☐ Anaérobie (RBAN) :
Laquelle/lesquelles : .....
☐ PCR universelle 16S / Détection et identification d'ADN bactérien par séquençage NGS (PCRUN)
☐ PCR de détection Panton-Valentine chez *S. aureus* (STABM)
☐ PCR Pneumocoque ou Méningocoque (BACBM)

☐ **Examen bactériologique d'un prélèvement (BAF)**
Lequel : .....

☐ **Examen direct**
☐ *Haemophilus ducreyi* ou donovanose (BADUC)

☐ **Recherche de bactérie multi ou hautement résistante (BMR)**
☐ Ciblée (RBA) - *Laquelle/lesquelles :* .....
☐ Systématique
☐ Nez (recherche de SARM uniquement) (RBA)
☐ Ecouvillon rectal/selles (recherche d'entérocoque résistant aux glycopeptides, d'entérobactéries résistantes aux C3G, et aux carbapénèmes) (RBAx3)

☐ **Mycoplasmes urogénitaux (MYCC)**

☐ **Recherche et typage**
☐ Sérotypage par agglutination (ex : *E. coli* K1 ; O157…) (STYPB)
☐ Recherche par PCR des gènes de virulence d'*E. coli* (COLHE)

☐ **Recherche d'antigènes solubles bactériens**
☐ *Streptococcus pneumoniae* (PNAGD)
☐ *Legionella pneumophila* (LEGAG)

☐ **Autre :** .....

☐ ***Clostridium difficile***
☐ Dépistage : recherche glutamate déshydrogénase (GDH) (+Toxines)*
☐ Test complémentaire : gènes de toxines par PCR (CLOBM)

☐ ***Helicobacter pylori*****
☐ Recherche par culture (HELCU)
☐ Antibiogramme (ATBSM)
☐ Recherche de *Helicobacter pylori* et de gène de résistance à la Clarithromycine par PCR (HPGEN)
☐ Recherche d'antigènes dans les selles (HELS)*

**préanalytique sensible : attention aux conditions d'envoi*
***en accord avec les recommandations de la NABM*

PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

Nom du champignon *(obligatoire)* **:** .....
Origine *(obligatoire)* **:** .....

☐ **OU TYPE DE PRÉLÈVEMENT :**
☐ Sang/sérum ☐ LCR
☐ Uro-génital - *(Précisez)* : .....
☐ Respiratoire
☐ Pulmonaire - *(Précisez)* : .....
☐ ORL - *(Précisez)* : .....
☐ Digestif : ☐ Bouche ☐ Selles ☐ Autres : .....
☐ Liquide de ponction - *(Précisez)* : .....
☐ Biopsie - *(Précisez)* : .....
☐ Phanères : ☐ Peau ☐ Ongles ☐ Cheveux

SUR SOUCHE

☐ **Identification (MYCID)**
☐ **Antifongigramme (AMYC)**
☐ **Concentration Minimale Inhibitrice (CMIMY)**
Antifongique(s) demandé(s) : .....

SUR PRÉLÈVEMENT : ANALYSES DEMANDÉES

☐ **Recherche de parasites**
☐ Cryptosporidies par microscopie (CRYPS)
☐ Cryptosporidies et Microsporidies par PCR (MCRBM)
☐ Leishmanies par PCR (LEIBM)
☐ Gale (GALER)
☐ Bilharziose urinaire par PCR (BILBM)*
☐ Amibes telluriques genre *Acanthamoeba* par PCR (AMIBM)
☐ Parasites digestifs sur selles et biopsies digestives par PCR (PPARA)

☐ **Recherche de levures ou champignons filamenteux dans un prélèvement**
☐ Mycologie standard (MYCEX)

☐ **Recherche d'antigènes**
☐ Antigènes Cryptocoques (CRYPD)

☐ **Autre :** .....

☐ **Examen parasitologique des selles** (PARSP)
Voyage récent à l'étranger ? ☐ OUI ☐ NON
Pays : ..... Période : du ..... /..... /..... au ..... /..... /.....
Signes cliniques ?
☐ Diarrhée ☐ Démangeaisons ☐ Douleurs abdominales ☐ Fièvre
☐ Autre : .....
Contexte
☐ Immunodépression ☐ Chimiothérapie
☐ Dépistage Médecine du Travail
☐ Prise récente ATB/Antiparasitaire - *(Précisez)* : .....