



Laboratoire de BIOLOGIE

# VIROLOGIE

Recherche directe de virus

Service / Permanence :

(02 400) 84 105/03

## Mentions obligatoires concernant le prélèvement

NOM du Préleveur : \_\_\_\_\_

NOM du Prescripteur : \_\_\_\_\_

Tél. ou Bip : \_\_\_\_\_

Prélevé le :       à   h

NATURE DU PRELEVEMENT	RECHERCHE(S) A EFFECTUER	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	
<input type="checkbox"/> <b>VANP</b> Aspiration nasale <input type="checkbox"/> <b>VLBA</b> Lavage broncho-alvéolaire <input type="checkbox"/> <b>VNEZ</b> Ecouvillon nasal*  <input type="checkbox"/> <b>VSELLE</b> Selles  <input type="checkbox"/> <b>SAL</b> Salive  <input type="checkbox"/> <b>VVESIC</b> Vésicule* <i>localisation:</i>  <input type="checkbox"/> <b>VDIV</b> Ulcération* <i>localisation:</i>  <input type="checkbox"/> <b>VDIV</b> Œil*  <input type="checkbox"/> <b>VDIV</b> N-né: Gorge* <input type="checkbox"/> <b>VDIV</b> N-né: Nez* <input type="checkbox"/> <b>VDIV</b> N-né: Œil*  <input type="checkbox"/> <b>CHIV</b> Culture HIV sur sang hépariné  <input type="checkbox"/> <b>VDIV</b> Autre (préciser) : _____  <p><b>* : Utiliser impérativement un milieu de transport pour virus</b></p>	<input type="checkbox"/> VIRUS RESPIRATOIRES  <input type="checkbox"/> CMV (cytomégalovirus)  <input type="checkbox"/> HSV (Herpès Simplex 1et 2)  <input type="checkbox"/> VZV (Virus Varicelle-Zona)  <input type="checkbox"/> ADENOVIRUS  <input type="checkbox"/> ROTAVIRUS  <input type="checkbox"/> ENTEROVIRUS  <input type="checkbox"/> ROUGEOLE  <input type="checkbox"/> AUTRE (Préciser): _____  <b>RENSEIGNEMENTS GENERAUX</b> <input type="checkbox"/> Examen systématique <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Prématuré <input type="checkbox"/> Mort subite du nourrisson <input type="checkbox"/> Immunodépression <input type="checkbox"/> Greffé-nature : _____ Date greffe : _____  <input type="checkbox"/> Tt antiviral : _____ Date début : _____  <input type="checkbox"/> Chimiothérapie	Date début des signes : _____ <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> AEG  <b>SIGNES O.R.L. ET PULMONAIRES</b> <input type="checkbox"/> Rhinopharyngite <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Bronchiolite <input type="checkbox"/> Pneumopathie  <b>SIGNES DIGESTIFS</b> <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales  <b>SIGNES NEUROLOGIQUES</b> <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Encéphalite <input type="checkbox"/> Polyradiculonévrite  <b>SIGNES CUTANEO-MUQUEUX</b> <input type="checkbox"/> Ulcération - érosion <input type="checkbox"/> Stomatite <input type="checkbox"/> Eruption vésiculeuse <input type="checkbox"/> Eruption maculopapuleuse <input type="checkbox"/> Purpura  <b>SIGNES OPHTALMOLOGIQUES</b> Préciser: _____  <input type="checkbox"/> <b>SIGNES ARTICULAIRES</b> Arthrite/Arthralgies  <input type="checkbox"/> <b>SIGNES HEMATOLOGIQUES</b> <input type="checkbox"/> Adénopathie(s) <input type="checkbox"/> autres (préciser): _____ <input type="checkbox"/>	<b>ANOMALIES GROSSESSE</b> <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> Infection périnatale <input type="checkbox"/> Menace Accouchement Prématuré  <b>SIGNES GENITAUX</b> <input type="checkbox"/> Urétrite <input type="checkbox"/> Cervicite <input type="checkbox"/> Salpingite  <b>SIGNES CARDIAQUES</b> <input type="checkbox"/> Péricardite <input type="checkbox"/> Myocardite  <b>AUTRES RENSEIGNEMENTS</b>           

03/08/2016

v 4

Bon analyse : Virologie - Recherche directe de virus

7180-IM-103

UNITE DE SOINS

NUMERO PATIENT

LABORATOIRE