eurofins | Biomnis

Test request form
Bacteriology and Parasitology-Mycology

DIVISION INTERNATIONALE • Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax : +33 (0)4 72 80 73 56 • E-mail : international@biomnis.eurofinseu.com

PATIENT

Nom : ....

Prénom : ....

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__| Sexe : ☐ F ☐ M

Laboratoire correspondant : ....

Référence du dossier (laboratoire d'origine) : ....

Identification de l'hôpital ou du laboratoire

Obligatoire
Coller ici votre étiquette d'identification

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

Renseignements cliniques : ....

....

Voyage récent à l'étranger ?
☐ OUI ☐ NON Pays : ....
Période : du |__|__|__|__|__|__|__|__| au |__|__|__|__|__|__|__|__|

Prise récente ATB/Antiparasitaire :
....

Contexte :
☐ Immunodépression
☐ Dépistage
☐ Contact avec des animaux
☐ Autres cas dans l'entourage

Date de début des signes :
|__|__|__|__|__|__|__|__|

Examens déja réalisés :
....

Examens nécessitants des informations complémentaires

BACTÉRIOLOGIE

SUR SOUCHE

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

Localisation *(obligatoire)* : ....

☐ **Identification (IBA)** ☐ **Antibiogramme (ATBSM)**

☐ **Concentration Minimale Inhibitrice (CMI)**

Antibiotique(s) demandé(s): ....

☐ **Sérotypage par agglutination (ex : E. coli K1 ; EPEC; O157…)**
☐ EPEC (STYPB) ☐ O157 (STYPB) ☐ K1 (STYPB)

Si suspicion d'E.coli producteurs de shigatoxines : contacter le secrétariat

☐ **PCR de détection Panton-Valentine chez S. aureus (STABM)**

SUR PRÉLÈVEMENT

☐ **NATURE DE PRÉLÈVEMENT :**
- ☐ Hémocultures ☐ Sang ☐ Urines ☐ Selles ☐ Sperme
- ☐ LCR ☐ Uro-génital *(Préciser)* : ....
- ☐ Respiratoire/ORL *(Préciser)* : ....
- ☐ Liquide de ponction *(Préciser)* : ....
- ☐ Biopsie *(Préciser)* : ....
- ☐ Cutanéo-muqueux *(Préciser)* : ....
- ☐ Autre : ....

☐ **Examen bactériologique d'un prélèvement (BAF)**

☐ **Recherche d'une bactérie nommément désignée par culture (ex. : choléra, diphtérie, nocardia, actinomyces, legionella...) (RBA)**
(Préciser) : ....

☐ **Recherche d'une bactérie nommément désignée par PCR (BACBM)**
☐ S. pneumoniae ☐ N. meningitidis

☐ **PCR universelle 16S / Détection et identification d'ADN bactérien par séquençage NGS (PCRUN)**

☐ **Recherche et typage par agglutination d'E.coli (EPEC, O157, K1…)**
☐ EPEC (STYPB) ☐ O157 (STYPB) ☐ K1 (STYPB)

Si suspicion d'E.coli producteurs de shigatoxines : contacter le secrétariat

☐ **Recherche de bactérie multi ou hautement résistante (BMR)**

Ciblée (BMR) :
- ☐ Entérocoque résistant aux glycopeptides
- ☐ Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes
- ☐ Entérobactéries résistantes aux C3G

Systématique :
- ☐ Nez (recherche de SARM uniquement) (BMR)
- ☐ Ecouvillon rectal/selles (recherche d'entérocoque résistant aux glycopeptides, d'entérobactéries résistantes aux C3G, et aux carbapénèmes) (BMR x3)

PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

SUR SOUCHE

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

Localisation *(obligatoire)* : ....

☐ **Identification (MYCID)**

☐ **Antifongigramme (AMYC)**

☐ **Concentration Minimale Inhibitrice (CMIMY)**
Antifongique(s) demandé(s) : ....

SUR PRÉLÈVEMENT : ANALYSES DEMANDÉES

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

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

☐ **Suspicion de dermatophytose (MYCEX)**
- ☐ Localisation des lésions : ....
- ☐ Aspect des lésions : ....
- ☐ Echec de traitement : ....
- ☐ Travail en milieu agricole : ....
- ☐ Contact avec des animaux : ....

☐ **Recherche mycologique spécifique (ex : histoplasmose…) (MYCEX)**
Préciser : ....

B18-INTFR - Décembre 2024