

Bon de demande Mycobactéries

Secrétariat Médical Infectiologie - Tél. : +33 (0)4 72 80 73 99 - E-mail : Secretariat.Infectiologie@biomnis.eurofinseu.com

PATIENT

Mme M. Sexe : F M

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : _____ Ville :

Tél. : _____

E-mail :

Date de naissance : _____

Pays de naissance :

Identification de l'hôpital
ou du laboratoire

Obligatoire

Coller ici votre étiquette d'identification

Correspondant

ENVOI DE PRÉLÈVEMENT BIOLOGIQUE

Mettre le prélèvement dans le sachet violet S14 prévu à cet effet et le bon de demande dans la pochette kangourou. Condition de transport : +4 °C.

Date de prélèvement :

Examen demandé :

Recherche de mycobactéries (examen direct + culture)

Examen direct seul

Culture seule

PCR directe (GeneXpert) *Mycobacterium tuberculosis complex* sur prélèvement

Gène de résistance à la rifampicine (GeneXpert)

Gènes de résistance à la rifampicine et à l'isoniazide (Hain) sur prélèvement si ED positif et si *M. tuberculosis complex*

Gènes de résistance : isoniazide, éthionamide, fluoroquinolones, aminosides si *M. tuberculosis complex*

Nature de prélèvement : N° prélèvement : 1 2 3 Autre :

Décontaminé : OUI NON **ED positif :** OUI NON

Respiratoire	Extra pulmonaire	Liquide de ponction	
<input type="checkbox"/> Expectoration	<input type="checkbox"/> Urines	<input type="checkbox"/> Articulaire	<input type="checkbox"/> Biopsie et Ganglion
<input type="checkbox"/> Fibroaspiration	<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Ascite	<input type="checkbox"/> Ecouvillon (2 écouvillons)
<input type="checkbox"/> LBA	<input type="checkbox"/> Moëlle	<input type="checkbox"/> Pleural	Préciser :
<input type="checkbox"/> Tubage gastrique	<input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> LCR
<input type="checkbox"/> Autre :			

ENVOI D'UNE SOUCHE

Mettre la souche dans un triple emballage (Diagnobox fourni sur demande) avec le bon de demande. Condition de transport : température ambiante.

Identification + antibiogramme (*M.tuberculosis complex* / *M.avium complex* / croissance rapide)

Identification seule

Antibiogramme seul → Veuillez préciser l'identification : *Mycobacterium*

Gènes de résistance à la rifampicine et à l'isoniazide (Hain) pour *M. tuberculosis complex*

Gènes de résistance aux macrolides et aminoglycosides (Hain)

Veuillez préciser l'identification : *Mycobacterium avium complex* *Mycobacterium chelonae-abscessus complex*

Gènes de résistance : isoniazide, éthionamide, fluoroquinolones, aminosides si *M. tuberculosis complex*

Nature de prélèvement : Date d'ensemencement : _____

Examen direct :

Culture en jours

Milieu envoyé :

Solide : Coletsos Lowenstein Jensen

Liquide : BBL MGIT MYCO/F MYCO/F lytic BacT/alert Versatrek

RENSEIGNEMENTS / PRÉSENTATION CLINIQUE

Antécédents :

Traitement :

Interlocuteur à contacter en cas de positivité à l'examen direct : Tél. :