

<p>DEMANDEUR Mettre ici le tampon du service</p> <p>A REMPLIR OBLIGATOIREMENT</p>	<p>PATIENT - ETIQUETTE</p> <p>Nom patronymique:</p> <p>Nom marital:</p> <p>Prénom :</p> <p>H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Date de naissance :/...../.....</p>	<p>DESTINATAIRE IHU méditerranée infection Secrétariat: Tel : 04 13 73 20 51 Fax: 04 13 73 20 52</p> <p>1 <input type="checkbox"/> POC Hôpital Nord Chemin des Bourrely, 13915 Marseille cedex 20 Tel: 04 91 9 (65 206)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> POC IHU 19-21, bd Jean Moulin 13005 Marseille Tel : 04 13 7 (32060)</p>
<p>Date de l'examen :</p> <p>Heure de l'examen :</p>	<p>PRELEVEUR Nom, qualité, signature</p>	<p>N° de travail : (réservé laboratoire)</p>

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES COMPLEMENTAIRES :

<p>PRESCRIPTEUR Nom, qualité, signature</p>	<p>N° poste téléphonique :</p> <p>N° Portable :</p>
--	---

Pour toutes demandes de :

- ⇒ **Méningites et Encéphalites Aigues (LCR)**
- ⇒ **Infections Respiratoires Aigues et Gastroentérites**

Merci d'utiliser les bons syndromiques disponibles sur l'intranet et internet :

<http://fr.ap-hm.fr/service/laboratoire-bacterio-virologie-hygiene-hopital-timone>

ANALYSES EN KIT ou à l'unité				Délai rendu de résultat *
<input type="checkbox"/> Fièvre Tropicale « KIT FIEVRE VOYAGEUR Adulte et Enfant »	Paludisme – PCR (Lamp, frottis)	Sang / 2 tubes EDTA	<input type="checkbox"/>	<2h
	Dengue Ag NS1 et IgM	Sang / 1 tube jaune gélosé	<input type="checkbox"/>	<3h
	Procalcitonine		<input type="checkbox"/>	<3h

ANALYSES HORS KIT à prescrire sur ce bon				
Angine	<i>Streptocoque A</i> -test rapide	Gorge / 1 écouvillon avec milieu transport bactérien	<input type="checkbox"/>	<3h
AES	HIV	Sang / 1 tube jaune gélosé	<input type="checkbox"/>	<3h
Tétanos	Toxine tétanique	Sang / 1 tube jaune gélosé	<input type="checkbox"/>	<3h
Services Gynéco-obstétrique	<i>Streptocoque B</i>	Prélèvement vaginal / 1 écouvillon avec milieu transport bactérien	<input type="checkbox"/>	<3h
<i>Pneumocystis jirovecii</i>		Prélèvement respiratoire / Pot stérile	<input type="checkbox"/>	<3h

* Délai à compter de la réception des prélèvements.

AVERTISSEMENT : adresser UNIQUEMENT des examens pour un diagnostic en urgence, pas de suivi thérapeutique

Tarifcation : Cf. catalogues d'analyses <https://aphm-mit.manuelprelevement.fr/>

L'utilisation de ce bon de demande d'analyses implique la prise de connaissance, l'acceptation et le respect des conditions définies notre manuel de prélèvement et nos catalogues d'analyses