

EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES	4PAR IDENTIFICATION PARASITAIRE	4MYC RECHERCHE MYCOLOGIQUE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
<p>Pot à Copro (2 noix ou équivalent en selles liquides)  <i>Envoi du prélèvement les jours ouvrés le plus rapidement possible au laboratoire !</i></p> <p><b>1/ Examens demandés</b>            4TRAD <input type="checkbox"/> Amibes Kystes Œufs            4TRAD <input type="checkbox"/> Anguillules            4TRAD <input type="checkbox"/> Cryptosporidies            4MICR <input type="checkbox"/> Microsporidies</p> <p><b>2/ Aspect selles (Echelle Bristol)</b>  <input type="checkbox"/> Dures (&lt;=2)  <input type="checkbox"/> Normales (3 ou 4)  <input type="checkbox"/> Diarrhéiques (&gt;=5)</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Un EPS complet comprend la réalisation de 3 selles distinctes espacées de 3 jours sur une période de 10 jours environ.  <b>Les renseignements clinicobiologiques sont OBLIGATOIRES.</b>            Pendant les 3 jours précédants l'examen, un régime à faible résidus est conseillé, il est recommandé d'éviter les médicaments opaques non absorbables (charbon, produits barytés...)</p> </div>	<p><b>1/ Examens demandés</b>  <input type="checkbox"/> Gale            Prélèvement de squames au niveau des sillons  <input type="checkbox"/> Demodex  <input type="checkbox"/> Oxyure            Scotch test à la marge anale  <input type="checkbox"/> Bilharziose            Urines de 24h sur flacon <b>SANS thymol</b></p> <p><input type="checkbox"/> Leishmaniose  <input type="checkbox"/> Recherche directe    <input type="checkbox"/> PCR (9LEIS)  <input type="checkbox"/> Biopsie cutanée    <input type="checkbox"/> Moelle osseuse  <input type="checkbox"/> Sang</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche crochets : kyste hydatique  <input type="checkbox"/> Identification parasites : autres _____</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>ATTENTION !!!</b>            La réalisation de scotch test doit être effectué avec un <b>scotch adhésif transparent NON OPAQUE !!!</b>            Merci d'identifier correctement la lame avec l'identité du patient.</p> </div>	<p><b>1/ Nature du prélèvement</b></p> <p><b>Respiratoire</b>  <input type="checkbox"/> Expectoration  <input type="checkbox"/> Aspi TB  <input type="checkbox"/> Prlvt Bronch.  <input type="checkbox"/> P.D.P  <input type="checkbox"/> L.B.A</p> <p><b>Ophthalmologie</b>  <input type="checkbox"/> Cornée  <input type="checkbox"/> Etui de lentilles  <input type="checkbox"/> Gauche    <input type="checkbox"/> Droit-e  <input type="checkbox"/> Lentilles  <input type="checkbox"/> Chambre antérieure</p> <p><b>Cutanée-Phanères</b>  <input type="checkbox"/> Ongle  <input type="checkbox"/> Intertrigo  <input type="checkbox"/> Squames cutanés  <input type="checkbox"/> Squames cuir chevelu (teigne)  <input type="checkbox"/> Pustules-Phlyctène  <input type="checkbox"/> Cutané  <input type="checkbox"/> Biopsie  <input type="checkbox"/> Abscès-pus-collection</p> <p><b>Liquides de ponction</b>  <input type="checkbox"/> LCR    <input type="checkbox"/> L.ascite    <input type="checkbox"/> L.péritonéal  <input type="checkbox"/> L.pleural    <input type="checkbox"/> L.articulaire    <input type="checkbox"/> Moelle osseuse</p> <p><b>2/ Examens demandés</b>  <input type="checkbox"/> Mycologie standard (champignons filamenteux)  <input type="checkbox"/> Pytiriasis versicolor (scotch test cutané)  <input type="checkbox"/> Dermatophytes  <input type="checkbox"/> Cryptococcose  <input type="checkbox"/> Mucorales  <input type="checkbox"/> Mycose exotique (champignons dimorphiques)  <input type="checkbox"/> Histoplasmose</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">Prévenir impérativement le biologiste avant envoi !</p>	<p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">!! A REMPLIR IMPERATIVEMENT !!</p> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">POUR LA PRISE EN CHARGE DU PRELEVEMENT</p> <p><b>1/ Signes cliniques</b>  <input type="checkbox"/> Diarrhée  <input type="checkbox"/> Hyperéosinophilie  <input type="checkbox"/> Présence de sang dans les selles/ anémie  <input type="checkbox"/> Sepsis  <input type="checkbox"/> Toux  <input type="checkbox"/> Fièvre</p> <p><b>2/ Début des signes cliniques ?</b>  <input type="checkbox"/> &lt; 3 jours  <input type="checkbox"/> &gt;= 3 jours</p> <p><b>3/ Rens. cliniques éventuels</b>  <input type="checkbox"/> Cas groupés (TIAC ?)  <input type="checkbox"/> Séjour zone tropicale  <input type="checkbox"/> Récent (date : __/__/__)            Région ou Pays: _____  <input type="checkbox"/> Antérieur (année: __)            Région ou Pays: _____  <input type="checkbox"/> Immunodépression (si oui, cocher le type)  <input type="checkbox"/> VIH    <input type="checkbox"/> Greffés d'organe  <input type="checkbox"/> Hémopathies    <input type="checkbox"/> Sous immunosuppresseur</p> <p><input type="checkbox"/> Avant un traitement immunosuppresseur  <input type="checkbox"/> Prise d'une chimioprophylaxie  <input type="checkbox"/> Mucoviscidose  <input type="checkbox"/> BPCO ou autre pathologie respiratoire chronique  <input type="checkbox"/> Traitement antifongique ou antiparasitaire en cours            Si oui, quelle molécule? _____  <input type="checkbox"/> Autres: _____            _____            _____</p>
PARASITES SANGUICOLES	OPHTALMOLOGIE		
<p><b>1/ Nature du prélèvement</b>  <input type="checkbox"/> Sang (Tube EDTA)</p> <p><b>2/ Examens demandés</b>            4PALU <input type="checkbox"/> Paludisme  <input type="checkbox"/> Suspicion primo infection</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">(URGENCE diagnostique)</p> <p><input type="checkbox"/> Contrôle post traitement (J3 , J7 , J28)</p> <p>4PAR <input type="checkbox"/> Trypanosome            4PAR <input type="checkbox"/> Babesia            4MFL <input type="checkbox"/> Microfilaire</p> <p style="color: red;">Le prélèvement pour la recherche de Microfilaire doit être effectué :  à 12h (midi) pour la recherche de Loase  à minuit pour la recherche de Wuchereria</p>	<p><b>1/ Nature du prélèvement</b>  <input type="checkbox"/> Scarificateur    <input type="checkbox"/> Ecouvillon</p> <p><b>2/ Examens demandés</b>            9PAMI <input type="checkbox"/> PCR Amibes- Acanthamibes            Tube à vis certifié « DNA free », avec présence du scarificateur inoxydable à l'intérieur</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0f0e0; padding: 2px;"><b>AUTRE DEMANDE</b></p> <p>Pour tout renseignement , veuillez consulter le manuel de prélèvement disponible sur intranet ou le bactériologiste d'astreinte (tel 14031)</p> <p>Merci de détailler ci -dessous toute autre demande</p>		