



<b>Etiquette GILDA Patient</b>	<b>Etiquette UF Service demandeur</b>	<b>PRESCRIPTEUR</b>	<b>PRELEVEUR</b>
Nom : .....		Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....		N° de poste : .....	Date : .....
Né(e) le : ..... Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			Heure : .....

**PARASITOLOGIE (examens directs, culture, PCR) P 60182, P 60216**  
**MYCOLOGIE (examens directs, culture, PCR) P 60184, P 60216**

<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES</b> <i>Précisez la pathologie suspectée :</i>	<b>Voyage</b> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
<b>MOTIF</b> : Demande initiale <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/>	Pays visité(s) :
<b>Grossesse</b> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Date arrivée en France :
Si oui, DDR/terme : .....	
<b>Immunodépression</b> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez :	
<b>Hyperéosinophilie</b> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez : .....G/l	

<b>Si prélèvement(s) à réaliser au laboratoire, préciser le(s) pathogène(s) suspecté(s) :</b>	<b>Site(s) à prélever :</b>
	<b>Type(s) de lésion(s) :</b>

**RECHERCHE DE PARASITES OU DE CHAMPIGNONS : Examen direct + culture pour les champignons**

<p><b>SELLES</b></p> <input type="checkbox"/> Examen parasitologique (+ recherche d'anguillules, technique de Baermann) <input type="checkbox"/> Recherche de cryptosporidies <input type="checkbox"/> Recherche de microsporidies <input type="checkbox"/> Examen mycologique <p><b>BIOPSIES PROFONDES</b> (précisez site : .....)</p> <input type="checkbox"/> Examen mycologique <input type="checkbox"/> Recherche de parasites <input type="checkbox"/> Recherche de cryptosporidies et microsporidies (biopsies digestives) <input type="checkbox"/> Autre (ex crochets pour le kyste hydatique, leishmanie pour une biopsie digestive, bilharziose pour une biopsie rectale), précisez : ..... <p><b>SANG</b></p> <input type="checkbox"/> Recherche de microfilaries (tube citraté) <input type="checkbox"/> Autre, précisez : ..... <p><b>MOELLE OSSEUSE</b></p> <input type="checkbox"/> Recherche de leishmanies (examen direct / culture) <input type="checkbox"/> Recherche de champignons <input type="checkbox"/> Autre, précisez : ..... <p><b>URINES</b></p> <input type="checkbox"/> Œufs de bilharzies (schistosomes) / Parasites ( <u>miction complète &gt; 50 mL</u> ) <input type="checkbox"/> Examen mycologique <input type="checkbox"/> Recherche de cryptocoques <p><b>LCR</b></p> <input type="checkbox"/> Examen mycologique (encre de Chine / culture) <input type="checkbox"/> Autre, précisez : ..... <p><b>GREFFES RENALES</b></p> <input type="checkbox"/> Examen mycologique	<p><b>FLACONS D'HEMOCULTURE FONGIQUE</b></p> <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Liquide (précisez : .....) <input type="checkbox"/> Autres (précisez : .....) <p><b>PRELEVEMENTS RESPIRATOIRES</b></p> <input type="checkbox"/> LBA (examen mycologique / IF <i>Pneumocystis</i> ) <input type="checkbox"/> Crachat induit (examen mycologique + IF <i>Pneumocystis</i> ) <input type="checkbox"/> Autre, précisez : ..... <p><b>LIQUIDES</b> (précisez nature : .....)</p> <input type="checkbox"/> Examen mycologique <input type="checkbox"/> Autre, précisez : ..... <p><b>REDON</b></p> <input type="checkbox"/> Examen mycologique <p><b>CARTOGRAPHIE FONGIQUE</b></p> <input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Narines <input type="checkbox"/> Pli inguinal <input type="checkbox"/> Pli axillaire <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Autre, précisez : ... <p><b>ORL / OPHTALMOLOGIE</b> (précisez nature : conduit auditif , .....)</p> <input type="checkbox"/> Parasites <input type="checkbox"/> Champignons <p><b>AUTRES</b> (précisez : .....)</p> <input type="checkbox"/> Parasites <input type="checkbox"/> Champignons <p><b>PEAU / MUQUEUSES</b> (précisez.....)</p> <input type="checkbox"/> Champignons <input type="checkbox"/> Leishmanies <input type="checkbox"/> Ectoparasites <p><b>IDENTIFICATION D'ELEMENTS PARASITAIRES OU FONGIQUES</b> (précisez : .....)</p>
---	--

**RECHERCHE DE PARASITES OU DE CHAMPIGNONS PAR PCR :**

1 tube quelque soit le nombre de PCR (si même couleur de bouchon)

**Cocher la pathologie recherchée puis la nature du/des échantillon(s)**

- Aspergillose**     Sérum (Tube sec)     LBA     CI     LCR     Autre (précisez :.....)
- Pneumocystose**     CI     LBA
- Mucormycose**     Sérum (Tube sec)     LBA     Tissus (précisez :.....)
- Toxoplasmose**     Sang (EDTA)     LCR     LBA     HA / vitré     LA / placenta     Autre (précisez :..... )
- Trypanosomose américaine**     Sang (3 tubes EDTA)     Biopsie (précisez :.....)
- Amoebiose**     Sang (EDTA)     Selles     Abscès hépatique
- Leishmaniose**     Sang (EDTA)     Peau     Moelle osseuse
- Paludisme**     Sang (EDTA)     Placenta     Autre (précisez :.....)

CI= crachats induits, Autre nature = accord du service nécessaire, **biologiste (P 60216)****Cadre réservé au laboratoire**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prélèvement non conforme              | <input type="checkbox"/> Tube non identifié                 | <input type="checkbox"/> Absence de renseignements cliniques obligatoires |
| <input type="checkbox"/> Prélèvement accidenté                 | <input type="checkbox"/> Feuille mal cochée                 | <input type="checkbox"/> Absence de feuille de demande spécifique         |
| <input type="checkbox"/> Absence de prélèvement                | <input type="checkbox"/> Discordance identité tube /feuille | <input type="checkbox"/> Absence code à barre service                     |
| <input type="checkbox"/> Conditions de transport non conformes | <input type="checkbox"/> Absence code à barre patient       | <input type="checkbox"/> Pas de prescription pour le tube                 |
| <input type="checkbox"/> Tube vide                             | <input type="checkbox"/> Date de prélèvement manquante      | <input type="checkbox"/> Heure de prélèvement manquante                   |

**Analyse(s) :** .....**Actions :**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Demande annulée | <input type="checkbox"/> Rendu des résultats retardés | <input type="checkbox"/> Tube identifié au laboratoire par le service demandeur |
| <input type="checkbox"/> Service prévenu | <input type="checkbox"/> Service non prévenu          | <input type="checkbox"/> Service injoignable                                    |
|  |   | <input type="checkbox"/> Analyse exceptionnellement réalisée                    |

**Horodatage**