



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

Parasitologie : P 60181
Mycologie : P 60184
Bactériologie : P 62085

SEROLOGIE INFECTIEUSE

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

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES MALADIE de LYME et SYPHILIS

Traitement antibiotique Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Précisez (date, molécule) :	Forme clinique de Mie de Lyme suspectée :	Forme clinique de syphilis suspectée :
Facteurs de risque de Mie de Lyme	Forme cutanée	Forme neurologique
<input type="checkbox"/> Profession/loisir à risque <input type="checkbox"/> Morsure de tique. Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Antécédent érythème migrant Si oui, date : __/__/__	<input type="checkbox"/> Erythème migrant <input type="checkbox"/> Lymphocytome <input type="checkbox"/> ACA Forme articulaire <input type="checkbox"/> Mono/oligo-arthrite <input type="checkbox"/> Arthrite chronique	<input type="checkbox"/> Méningo-radiculite <input type="checkbox"/> Paralysie faciale <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Encéphalite <input type="checkbox"/> Myélite Autre :
Date début symptômes actuels : __/__/__		<input type="checkbox"/> Syphilis primaire <input type="checkbox"/> Syphilis secondaire <input type="checkbox"/> Neuro-syphilis <input type="checkbox"/> Syphilis néonatale

Recherche d'antigènes sériques : 1 tube sec **Recherche d'anticorps sériques : 1 tube sec pour 3 sérologies**

RECHERCHE D'ANTIGENES FONGIQUES

SERUM	LBA	LCR
<input type="checkbox"/> Antigène aspergillaire (galactomannane) <input type="checkbox"/> Antigène Candida (mannane) <input type="checkbox"/> Antigène cryptocoque <input type="checkbox"/> Bêta-glucane	<input type="checkbox"/> Antigène aspergillaire (galactomannane) <input type="checkbox"/> Antigène cryptocoque	<input type="checkbox"/> Antigène aspergillaire (galactomannane) <input type="checkbox"/> Antigène cryptocoque

RECHERCHE D'ANTICORPS PARASITAIRES OU FONGIQUES

SERUM	ŒIL	LCR
<input type="checkbox"/> Amébose <input type="checkbox"/> Filarioses <input type="checkbox"/> Taeniasis <input type="checkbox"/> Anguillulose <input type="checkbox"/> Echinococcoses <input type="checkbox"/> Toxocarose <input type="checkbox"/> Anisakiase (hydatique, alvéolaire) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Aspergillose <input type="checkbox"/> Histoplasmose <input type="checkbox"/> Trichinellose <input type="checkbox"/> Biharzioses <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Trypanosomose <input type="checkbox"/> Candidose <input type="checkbox"/> Maladie poumon de fermier <input type="checkbox"/> Africaine <input type="checkbox"/> Américaine <input type="checkbox"/> Cysticercose <input type="checkbox"/> Maladie éleveurs d'oiseaux <input type="checkbox"/> Distomatose <input type="checkbox"/> Paludisme	Humeur aqueuse <input type="checkbox"/> Vitré <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cysticercose <input type="checkbox"/> Toxocarose (LMV) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Cysticercose <input type="checkbox"/> Histoplasmose <input type="checkbox"/> Toxocarose (LMV) <input type="checkbox"/> Trypanosomose africaine

RECHERCHE D'ANTICORPS BACTERIENS

SERUM	LCR
<input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Maladie de Lyme	<input type="checkbox"/> Syphilis (VDRL) <input type="checkbox"/> Maladie de Lyme

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
--	-------------------