

* Prescripteur		* Nom / last name:	
*Nom & Prénom / Last & First name:		* Prenom / first name:	
*No. Permis / Licence:		No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ:	
*Clinique, bureau / Clinic, office:		Adresse / Address:	
*Adresse pour le retour des résultats / Address for return of results:		* Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD):	
*No. téléphone :		* Sexe / Gender:	
*Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JD): _____		* Renseignements Obligatoire	
*Diagnostic ou Renseignements Cliniques / Diagnosis or relevant information:		* Date et heure du prélèvement	
ANTIMICROBIAL? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		20___/___/___ Heure / Time: _____	
BIOPSIE/TISSUS <i>Spécifier le site:</i> _____		Prélevé par / collected by: _____	
<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis PCR <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Aspiration endo-trachéale <input type="checkbox"/> Aspiration naso-pharyngée <input type="checkbox"/> Expectations <input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> AUTRE: _____		
GORGE <input type="checkbox"/> Gorge	<input type="checkbox"/> Galactomanane Ag (LBA seulement) <input type="checkbox"/> Influenza A/B seulement <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Chlamydia PCR <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> Virus respiratoire PCR <input type="checkbox"/> AUTRE: _____		
<input type="checkbox"/> Streptocoque β -hemolytique seulement <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	SANG <input type="checkbox"/> Cathéter <input type="checkbox"/> Périphérique		
LIQUIDES BIOLOGIQUES <input type="checkbox"/> Amniotique <input type="checkbox"/> Articulaires (site): _____ <input type="checkbox"/> Dialysat <input type="checkbox"/> LCR (site): _____ <input type="checkbox"/> Péritonéal <input type="checkbox"/> Péricardique <input type="checkbox"/> Pleural: <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Mycobactéries (MycoF) <input type="checkbox"/> Mycoses (MycoF) <input type="checkbox"/> CMV charge virale <input type="checkbox"/> EBV charge virale <input type="checkbox"/> JC/BK charge virale <input type="checkbox"/> HepB charge virale <input type="checkbox"/> HepC charge virale <input type="checkbox"/> VIH charge virale <input type="checkbox"/> AUTRE: _____		
<input type="checkbox"/> Antigène cryptococcique <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> **PCR pour _____ **Approbation de: Microbiologie	MOELLE OSSEUSE <input type="checkbox"/> Moelle osseuse		
NEZ <input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Dépistage SARM <input type="checkbox"/> Dépistage SASM		
OEIL <i>Spécifier:</i> <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="checkbox"/> Vitré <input type="checkbox"/> Cornée <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	<input type="checkbox"/> Clostridium difficile (Toxine) <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Levures <input type="checkbox"/> Dépistage ERV <input type="checkbox"/> Microscopie: Oeufs, Microsporidium <input type="checkbox"/> Oxyures <input type="checkbox"/> Parasites intestinaux (PCR) <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> AUTRE: _____		
<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	SELLES <input type="checkbox"/> Écouvillon rectal <input type="checkbox"/> Oxyures (spatule adhésive) <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> AUTRE: _____		
OREILLE <i>Spécifier:</i> <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	<input type="checkbox"/> Ag Légionella <input type="checkbox"/> Chlamydia/Gono <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> **PCR pour _____ **Approbation de: Microbiologie		
<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	URINE <input type="checkbox"/> Cathéter suspubien <input type="checkbox"/> Cystoscopie <input type="checkbox"/> Mi-jet <input type="checkbox"/> Nephrostomie <input type="checkbox"/> Par cathétérisme <input type="checkbox"/> Ponction vésicale <input type="checkbox"/> Sac (pédiatrique) <input type="checkbox"/> Via sonde <input type="checkbox"/> AUTRE: _____		
PEAU/ONGLES/CHEVEUX <input type="checkbox"/> Grattage: Spécifier _____ <input type="checkbox"/> Vésicule: <input type="checkbox"/> Écouvillon (culture) <input type="checkbox"/> Lame (IFD)	<input type="checkbox"/> O+P (Schistosoma) <input type="checkbox"/> AUTRE: _____		
<input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> HSV IFD <input type="checkbox"/> HSV culture <input type="checkbox"/> VZV IFD <input type="checkbox"/> VZV culture	UROGÉNITAL <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Vagin/anus (Streptocoque groupe B seulement) <input type="checkbox"/> Vulve <input type="checkbox"/> AUTRE: _____		
<input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Mycobactéries <input type="checkbox"/> Mycoses <input type="checkbox"/> Profonde (anaérobique) <input type="checkbox"/> AUTRE: _____	<input type="checkbox"/> Chlamydia / Gono PCR <input type="checkbox"/> Culture bactérienne <input type="checkbox"/> Culture HSV <input type="checkbox"/> Levures <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae (culture) <input type="checkbox"/> Streptocoque groupe B <input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Vaginose bactérienne <input type="checkbox"/> VPH – femme >30 ans avec ASCUS Fournir le résultat du PAP test <input type="checkbox"/> AUTRE: _____		
AUTRE: _____			