



L'INSTITUT
MUTUALISTE
MONTSOURIS

DEPARTEMENT DE BIOLOGIE MEDICALE

Demande: recherche de mycobactéries (BK...)

1 seul prélèvement par feuille de prescription

FOR 10 V-05

Paraphe labo :

06/2018

SERVICE :

ANNEE :



2

0

DATE DE PRELEVEMENT :

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 ☐11 ☐12 ☐13 ☐14 ☐15 ☐16
☐17 ☐18 ☐19 ☐20 ☐21 ☐22 ☐23 ☐24 ☐25 ☐26 ☐27 ☐28 ☐29 ☐30 ☐31 jour
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 ☐11 ☐12 mois

HEURE DE PREL. :

☐00 ☐01 ☐02 ☐03 ☐04 ☐05 ☐06 ☐07 ☐08 ☐09 ☐10 ☐11
☐12 ☐13 ☐14 ☐15 ☐16 ☐17 ☐18 ☐19 ☐20 ☐21 ☐22 ☐23 heures
☐00 ☐05 ☐10 ☐15 ☐20 ☐25 ☐30 ☐35 ☐40 ☐45 ☐50 ☐55 min ☐

TYPE DE PRELEVEMENT POUR RECHERCHE DE MYCOBACTERIE:

- ☐ EXPECTORATION (tube fond conique à bouchon rouge)
- ☐ L.B.A. (Lavage Broncho Alvéolaire)
- ☐ ASPIRATION BRONCHIQUE
- ☐ TUBAGE GASTRIQUE

- ☐ URINE: urines du matin >10mL (tube fond conique à bouchon rouge)
si leucocyturie aseptique confirmée

- ☐ SANG (1 tube bouchon violet foncé, plein) ☐ SANG PCR (1 tube bouchon violet foncé, plein)

- ☐ LIQUIDE PLEURAL
- ☐ L.C.R.
- ☐ LIQUIDE D'ASCITE
- ☐ LIQUIDE PERICARDIQUE
- ☐ LIQUIDE ARTICULAIRE (préciser le site anatomique)

- ☐ AUTRES (préciser la nature du prélèvement et le site anatomique) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

COLLER ICI ETIQUETTE PATIENT

NOM DU PRESCRIPTEUR (et tampon)

NOM DU PRELEVEUR ET SIGNATURE