

◀ recherche de mycobactéries ▶



Laboratoire CHT
Microbiologie

Nom :	Né(e) le :	Service :	
Epse :	Sexe :	Prescripteur :	Préleveur :
Prénom :		(signature)	
Date et heure du prélèvement : le ___ / ___ à ___ h ___			
Pour les prélèvements N°2 et N°3 : ne pas remplir les zones « prescripteur » et « indication »			
Prélèvement :	<input type="radio"/> Expectoration BKC <input type="radio"/> N°1 <input type="radio"/> N°2 <input type="radio"/> N°3	NE PAS ENVOYER DE PRELEVEMENT SALIVAIRE (inadapté pour l'analyse)	
<input type="radio"/> LBA BKI			
<input type="radio"/> Fibroaspiration bronchique BKI	<input type="radio"/> Tubage gastrique BKC <input type="radio"/> N°1 <input type="radio"/> N°2 <input type="radio"/> N°3	Autre prélèvement : (préciser) BKI	
<input type="radio"/> Trachéal BKI			
Indication :	Remarque :		
<input type="radio"/> Toux / expectoration persistante <input type="radio"/> Infiltrat / nodule /caverne (radio pulmonaire)	<input type="radio"/> Contage tuberculeux <input type="radio"/> Contrôle de traitement		
Traitement antimicrobien :	Molécule(s) administrée(s) :		
<input type="radio"/> Absence / Présence { au moment du prélèvement <input type="radio"/> { après le prélèvement <input type="radio"/>			