

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Enfant M <input type="checkbox"/> Enfant F Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____ Rue: _____ NPA/Localité: _____ N° de téléphone (obligatoire pour Covid): _____ Assurance et n° assuré: _____ Email: _____	DATE DE RÉCEPTION: _____ N° DE DOSSIER: _____ Timbre du médecin: _____
Date de prélèvement: _____ Heure: _____ Données cliniques: _____	Copie à: _____ Email: _____ URGENT Email: _____ Tél.: _____ Facturation: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre

URINES	<input type="checkbox"/> Vacuatainer <input type="checkbox"/> Uricult <input type="checkbox"/> Natives <input type="checkbox"/> Sondées
Biologie moléculaire (PCR) :	<input type="checkbox"/> Bilan IST (Chlamydia trachomatis/Neisseria gonorrhoeae/Mycoplasma/Ureaplasma) <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma <hr/> <input type="checkbox"/> Numération et identification <input type="checkbox"/> Bandelette et sédiment <input type="checkbox"/> Mycoplasma + Ureaplasma (culture) <input type="checkbox"/> Legionella pneumophila (antigène)* <input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae (antigène)* <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis (examen direct) <hr/> Tuberculose/Mycobactéries <input type="checkbox"/> Examen direct, culture, identification, AB* <input type="checkbox"/> Mycobact. Tuberculosis complex (PCR)* <input type="checkbox"/> Mycobacterium spp. (PCR)* <input type="checkbox"/> Autre : _____

SELLES	<input type="checkbox"/> Jour 1 <input type="checkbox"/> Jour 2 <input type="checkbox"/> Jour 3 <input type="checkbox"/> Séjour tropical: _____
Biologie moléculaire (PCR) :	<input type="checkbox"/> Examen complet des selles (Salm./Shig/Campylo/leucos, sang, digestion, parasites) <input type="checkbox"/> Culture (Salmonelles/Shigelles/Campylobacter) <input type="checkbox"/> Rotavirus/Adenovirus/Norovirus (antigène) <input type="checkbox"/> Sang occulte <input type="checkbox"/> Digestion <input type="checkbox"/> Leucocytes <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (antigène) <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (antigène, toxine) <input type="checkbox"/> Candida sp. <input type="checkbox"/> Aeromonas sp. <input type="checkbox"/> Norovirus (antigène) <input type="checkbox"/> Autre : _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Calprotectine <input type="checkbox"/> Elastase* <hr/> Biologie moléculaire (PCR) : <input type="checkbox"/> Profil gastro-intestinal <hr/> <input type="checkbox"/> Parasites (protozoaires/helminthes/autres) <input type="checkbox"/> Cryptosporidium sp./Giarda lamblia (antigènes) <input type="checkbox"/> Analyse du Microbiome Avancé plus* (Diversité, entérotypes, genres et espèces bactériennes essentielles, alpha-1-antitrypsine, calprotectine, acides biliaires, élastase pancréatique, IgA sécrétoire, résidus digestifs) <input type="checkbox"/> Analyse du Microbiome Complet plus* (Analyse du Microbiome Avancé plus + profil parasitaire)

MYCOLOGIE	<input type="checkbox"/> Cuir chevelu <input type="checkbox"/> Squames <input type="checkbox"/> Ongles <input type="checkbox"/> Autre : _____
Examen direct + dermatophytes + champignons	<input type="checkbox"/> Candida <input type="checkbox"/> Autre : _____

SPHÈRE GÉNITALE	<input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Endocol <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Vulve <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Abcès, pus <input type="checkbox"/> Gland <input type="checkbox"/> Sperme <input type="checkbox"/> Autre : _____
Biologie moléculaire (PCR) (E-Swab uniquement)	<input type="checkbox"/> Bilan IST (Chlamydia trachomatis/Neisseria gonorrhoeae/Mycoplasma/Ureaplasma) <input type="checkbox"/> Strepto. du groupe B (dé pist. périnatal) <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae (gonocoques) <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma <input type="checkbox"/> Papillomavirus (HPV) <input type="checkbox"/> Herpès type 1 et 2 (HSV) <hr/> <input type="checkbox"/> Examen complet (frottis gélosé/E-Swab) (Examen direct, culture, Mycoplasma/Ureaplasma) <input type="checkbox"/> Examen direct et culture <input type="checkbox"/> Strepto. du groupe B (dé pist. périnatal) <input type="checkbox"/> Candida sp. <input type="checkbox"/> Gardnerella vaginalis <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma (culture) <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis (examen direct) <input type="checkbox"/> Actinomyces sp. (recherche spéciale)

SPHÈRE ORL	<input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Langue <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Oreille <input type="checkbox"/> Œil <input type="checkbox"/> Sécr. nasopharyngées <input type="checkbox"/> Expectoration <input type="checkbox"/> Autre : _____
Biologie moléculaire (PCR) (E-Swab uniquement)	<input type="checkbox"/> Covid 19 - Sars 2 <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis (coqueluche)* <input type="checkbox"/> Herpès type 1 et 2 (HSV) <input type="checkbox"/> Varicelle/ Zona (VZV-Herpès Zoster) <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Influenza A et B + RSV* <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae* <hr/> <input type="checkbox"/> Examen direct et culture (frottis gélosé/E-Swab) <input type="checkbox"/> Strepto. du groupe A, C, G (angine) <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae <input type="checkbox"/> Candida sp. (bouche) <input type="checkbox"/> Champignons <input type="checkbox"/> Autre : _____ <hr/> Tuberculose/Mycobactéries <input type="checkbox"/> Examen direct, culture, identification, AB* <input type="checkbox"/> Mycobact. tuberculosis complex (PCR)*

PLAIE / PONCTION	<input type="checkbox"/> Plaie superficielle Site: _____ <input type="checkbox"/> Plaie profonde Site: _____ <input type="checkbox"/> Abcès Site: _____ <input type="checkbox"/> Ponction Site: _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____
Biologie moléculaire (PCR) :	<input type="checkbox"/> Herpès type 1 et 2 (HSV) <input type="checkbox"/> Varicelle/ Zona (VZV-Herpès Zoster) <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <hr/> <input type="checkbox"/> Examen direct et culture (frottis gélosé/E-Swab) <input type="checkbox"/> Candida <input type="checkbox"/> Champignons <input type="checkbox"/> MRSA <hr/> <input type="checkbox"/> Numération cellulaire + Cristaux* (matériel: natif + tube EDTA) <input type="checkbox"/> Autre : _____