

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marquer les cases d'un trait noir:
 juste faux



Centre hospitalier universitaire vaudois
Laboratoires diagnostiques de microbiologie IMU-DAM
 Réception des laboratoires
 BH/18/100, 1011 Lausanne



No d'accréditation SMTS 0019

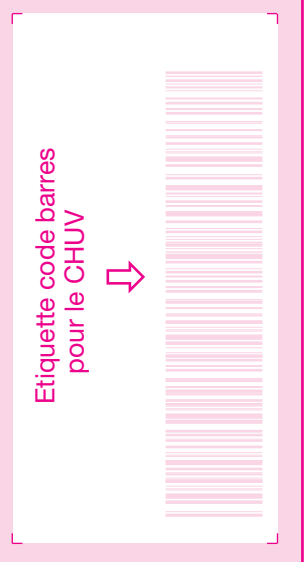
Tél. : 021 314 41 07
 Fax : 021 314 40 75
 PP 439
 www.chuv.ch/laboratoires

Patient

Nom:
 Prénom:
 Sexe:
 Date de naissance complète:
 Adresse complète:
 N° postal / Localité:
 V/réf.:

Facture:

Patient stationnaire / hospitalisé (Demandeur)
 Patient ambulatoire (assurance / patient)
 Assurance :



Date et heure du prélèvement indispensables

Jour:

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

 Mois:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

 Heure:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

 Min.:

15	30	45
----	----	----

COPIE(S) A (adresse exacte et complète)

Nom du médecin:
 Service, adresse:
 Localité:

DEMANDEUR

Nom du médecin:
 Service, adresse:
 Bip/Tél:

Etiquette déviation
 ou
 Etiquette de projet

INDICATIONS CLINIQUES:

Trouble de l'immunité de type:
 Tests hépatiques perturbés Adénopathie(s)
 Post-transplantation Polyneuropathie
 Pré-transplantation Erythème chronique migrant
 Post-vaccination (Date: / /)
 Voyage: Non Oui, préciser le pays: Eosinophilie: %
 Autre(s) symptôme(s) clinique(s)

SECTEUR MERE - ENFANT:

Hypofertilité
 Grossesse: semaines
 DR: / /

MATERIEL (veuillez remplir un formulaire par patient-e (p.ex. mère, fœtus ou nouveau-né) et par type d'échantillon (p.ex. sang ou LCR):

Sang natif (S-Monovette® 7,5 ml, Sérum-Gel) Sérum décanté et/ou congelé LCR (Tube natif, 1 ml minimum) **et** toujours accompagné d'un sérum (S-Monovette® 7,5 ml, Sérum-Gel) concomitant

Sang natif du fœtus (Microvette® Sérum 300) **et** sang natif de la mère (S-Monovette® 7,5 ml, Sérum-Gel)

Sang natif du cordon (S-Monovette® 7,5 ml, Sérum-Gel) **et** sang natif de la mère * (S-Monovette® 7,5 ml, Sérum-Gel)

Sang natif du nouveau-né (Microvette® Sérum 300 ou S-Monovette® 7,5 ml, Sérum-Gel) **et** sang natif de la mère * (S-Monovette® 7,5 ml, Sérum-Gel)

* **IMPORTANT:** Pour permettre l'interprétation, envoyer du sang maternel prélevé à l'accouchement.

Autre (préciser):



N° d'article CHUV: 913346 CHUV Labor-SER-193 VS-11.2021

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
32

Informations complémentaires

- a) consulter le fichier des examens
- b) téléphoner au laboratoire
- c) www.chuv.ch/laboratoires

Marquer les cases d'un trait noir:

juste faux

AFFECTION DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL

- Borrelia burgdorferi*
- Encéphalite à tique (FSME)
- Herpes simplex virus
- Oreillons
- Rougeole
- Syphilis
- Varicelle/H. zoster virus

INFECTIONS UROGENITALES/ VENERIENNES

- Herpes simplex virus
- Herpes simplex IgG type spécifique 1 et 2
- Syphilis

(BRONCHO) PNEUMONIE

- Coxiella burnetii* (fièvre Q)

INFECTION DES VOIES DIGESTIVES

- Helicobacter pylori*

MONONUCLEOSE ET SYNDROME MONONUCLEOSIQUE et/ou ADENOPATHIE(S)

- Cytomégalovirus
- Epstein-Barr virus
- Maladie des griffes du chat (*Bartonella henselae*)
- Toxoplasmose

ARTHRITE INFECTIEUSE / POST INFECTIEUSE

- Borrelia burgdorferi*
- Brucella
- Parvovirus B19
- Rubéole

ANTICORPS VACCINAUX (IgG Seules)

- Oreillons
- Rougeole
- Rubéole
- Varicelle / H. zoster virus

IMMUNOSUPPRESSION

- Cytomégalovirus ¹⁾
- Epstein-Barr virus ¹⁾
- Herpes simplex virus ¹⁾
- Parvovirus B19 ¹⁾
- Syphilis
- Toxoplasmose ¹⁾
- Varicelle / H. zoster virus ¹⁾

CHAMPIGNONS

- Aspergillus (Ag galactomannane) ¹⁾
- B-D-Glucan

AUTRES BACTERIES

- Rickettsia (*conorii*, *africae*, *typhi*) ¹⁾³⁾

AUTRE(S)

- Sérothèque (prélèvement conservé à -80°C en vue d'analyse(s) ultérieure(s))

Pour les analyses ne figurant pas sur ce bon, veuillez vous référer au fichier des examens.

1) Discuter l'emploi d'un test Direct pour la mise en évidence de ce microorganisme dans un prélèvement approprié (Tél.: 079 556 34 80)

3) Analyse sous-traitée

SECTEUR MERE - ENFANT

- Screening embryopathie / infection congénitale (rubéole, cytomégalovirus)
- Toxoplasmose (IgG, IgM, IgA et avidité éventuellement)
- Toxoplasmose, profils immunologiques comparés mère - enfant (Immunoblot) ²⁾

⇒ Prélever le sang de la mère à l'accouchement, date de prélèvement / /

et le sang du cordon, du nouveau-né, date de prélèvement / /

²⁾ Cet examen ne peut être demandé isolément, il doit être effectué simultanément à une sérologie standard (IgG, IgM, IgA) afin de permettre l'interprétation optimale des résultats.

- Rubéole (IgG, IgM et avidité éventuellement)
- Cytomégalovirus (IgG, IgM et avidité éventuellement)
- Herpes simplex IgG type spécifique 1 et 2
- Parvovirus B19
- Syphilis
- Varicelle / H. zoster virus (IgG seules)