



C.A.M - ALBI

LABORATOIRE BLEUNVEN - GASSIER

28, PLACE JEAN-JAURÈS - 81000 ALBI

Tél. 05 63 49 29 00 - Fax. 05 63 47 20 27

Réf : ENR-A-5.4-001-04

Version : 04

Date d'application : 31/07/2018

FICHE DE TRANSMISSION DE PRÉLÈVEMENT MICROBIOLOGIQUE (ET CHIMIE DES URINES)**DONNÉES ADMINISTRATIVES PATIENT (E)****NOM, Prénom****Nom de naissance****Date de naissance**

Né(e) le : / /

ou étiquette**Adresse / Tél.**

..... Tél : / / / /

N° Sécu-mutuelle

..... /

ORDONNANCEjointe : au labo : jointe au prel. sanguin **RÉSULTATS**à poster : à récupérer au labo : envoi par mail : **NATURE DE L'ÉCHANTILLON ET DONNÉES CLINIQUES****Nature de l'échantillon**

Urines pot stérile : Urines recueillies sur urinocol :
 Ur. sondage « aller-retour » : Ur. sondage à demeure :
 Urines après transfert sur flacon « borate » : Ur. 1^{er} jet :
 Prélèvement de pus : Ponction articulaire ou ascite :
 Gynécologie (PV) : Andrologie (PU) Squames (myco) :
 Selles : ORL : hémocultures (2 fl) : PCR (virologie) :
 Parasitologie : Dispositif endo :

**Contexte clinique
(et traitement éventuel)**

(fièvre, douleur, séjour à l'étranger récent, etc...) :

 Pré-opératoire : Post-opératoire : type d'intervention (préciser) :

 Incontinence : NON OUI DYSURIE (préciser) :
 Traitement : Antibiotique (nom) :
 Corticoïdes (nom) :
 Trait en cours : NON OUI Date de début : Date de fin :
 GROSSESSE : NON OUI Date de début grossesse :

DONNÉES PRÉ-ANALYTIQUES**Date et heure de recueil**

Le : / / 20 à : h mn

Lieu et heure du dépôt

Pharmacie : Laboratoire :
 Cabinet médical : Domicile :
 Heure h mn

Conservation

Étuve à 37° C : Température ambiante (15-25° C) :
 Frigo à +4° C : Congélation :

**Contrôle
à réception**

Heure : h mn Initiales :
 Conforme : OUI NON Type de non-conformité :