

BON DE DEMANDE D'ANALYSES – VIROLOGIE SEROLOGIE

ETIQUETTE PATIENT

Nom et Prénom :

Matricule : Sexe : M/F

Adresse :

PRESCRIPTEUR/LABORATOIRE DEMANDEUR

Nom et Prénom :

Code Médecin :

Date :

Signature :

SEROLOGIE INFECTIEUSE – Tube sec (Rouge) ou Sérum (1 mL)

Adénovirus	<input type="checkbox"/> Dépistage par FC	Hépatite A	<input type="checkbox"/> Dépistage (IgM + IgG)	Parainfluenza 1,2,3	<input type="checkbox"/> Dépistage par FC
Amibes entamoba	<input type="checkbox"/> Dépistage par HAI		<input type="checkbox"/> Contrôle d'immunité	Plasmodium spp	<input type="checkbox"/> Dépistage par EIA
Bartonella henselae	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG	Hépatite B	<input type="checkbox"/> Dépistage	Rickettsies	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG
Borr. Burgdorferi	<input type="checkbox"/> Dépistage		<input type="checkbox"/> Contrôle d'immunité	Rougeole	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG
	<input type="checkbox"/> Confirmation	Hépatite C	<input type="checkbox"/> Dépistage		<input type="checkbox"/> Contrôle d'immunité
	<input type="checkbox"/> Neuroborréliose		<input type="checkbox"/> Confirmation	RSV	<input type="checkbox"/> Dépistage par FC
Brucella	<input type="checkbox"/> Dépistage Ig par FC	Herpès simplex	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG	Schistosomiase	<input type="checkbox"/> Dépistage par HAI
Bunya - Hantavirus	<input type="checkbox"/> Dépistage	HIV-1/2	<input type="checkbox"/> Dépistage	Syphilis	<input type="checkbox"/> Dépistage (EIA+VDRL)
C. pneumoniae	<input type="checkbox"/> Dépistage IgG		<input type="checkbox"/> Confirmation		<input type="checkbox"/> Confirmation WB
C. psittaci	<input type="checkbox"/> Dépistage IgG	HTLV1/2	<input type="checkbox"/> Dépistage		<input type="checkbox"/> Neurosyphilis
C. trachomatis	<input type="checkbox"/> Dépistage IgG	Influenza A/B	<input type="checkbox"/> Dépistage par FC	Tuberculose latente	<input type="checkbox"/> Quantiféron
Coxiella burnetti	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG	Legionella	<input type="checkbox"/> Dépistage IgG	Varicelle – Zona	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG
Coxsackievirus 1 à 6	<input type="checkbox"/> Dépistage par FC	M. pneumoniae	<input type="checkbox"/> Dépistage		<input type="checkbox"/> Contrôle d'immunité
Echin. granulosus	<input type="checkbox"/> Dépistage par HAI	Oreillons	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG	Yers. entero 03 et 09	<input type="checkbox"/> Dépistage par FC
Fasciola hepatica	<input type="checkbox"/> Dépistage par HAI		<input type="checkbox"/> Contrôle d'immunité	Zikavirus	<input type="checkbox"/> Dépistage par IF

BIOLOGIE MOLECULAIRE PAR SITE – Tube ou flacon stérile (1 mL)

Liquide céphalo-rachidien		Sang EDTA		Système respiratoire (Frottis sec, LBA)
<input type="checkbox"/> HSV 1-2	<input type="checkbox"/> EBV	<input type="checkbox"/> HAV	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> Influenza A-B
<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> VZV	<input type="checkbox"/> HSV 1-2 (bébé)	<input type="checkbox"/> VZV	<input type="checkbox"/> Adenovirus
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Parvovirus B19	<input type="checkbox"/> HHV-6	<input type="checkbox"/> Enterovirus	<input type="checkbox"/> CMV (LBA)
<input type="checkbox"/> Syphilis	<input type="checkbox"/> Enterovirus	<input type="checkbox"/> EBV	<input type="checkbox"/> EBV quantitative	<input type="checkbox"/> Enterovirus
<input type="checkbox"/> Adenovirus	<input type="checkbox"/> Oreillon	<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> CMV quantitative	<input type="checkbox"/> Oreillon (Frottis sec)
<input type="checkbox"/> Polyomavirus JC		<input type="checkbox"/> Polyomavirus	<input type="checkbox"/> Parvovirus B19	Moelle osseuse
Liquide Amniotique		<input type="checkbox"/> Adenovirus	<input type="checkbox"/> Zikavirus	<input type="checkbox"/> CMV
<input type="checkbox"/> HSV 1-2	<input type="checkbox"/> CMV			<input type="checkbox"/> Parvovirus B19
<input type="checkbox"/> Syphilis	<input type="checkbox"/> Enterovirus	Biopsies		<input type="checkbox"/> Polyomavirus
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> HSV 1-2	<input type="checkbox"/> CMV	Selles
Sphère génital et peau (frottis sec)		<input type="checkbox"/> EBV	<input type="checkbox"/> HHV-6	<input type="checkbox"/> Norovirus
<input type="checkbox"/> HSV 1-2	<input type="checkbox"/> Syphilis	<input type="checkbox"/> Adenovirus	<input type="checkbox"/> Syphilis	<input type="checkbox"/> Enterovirus
	<input type="checkbox"/> VZV			<input type="checkbox"/> HAV
				Urines
				<input type="checkbox"/> CMV
				<input type="checkbox"/> Polyomavirus
				<input type="checkbox"/> HHV-6
				<input type="checkbox"/> Zikavirus

CULTURE VIRALE – Milieu de transport

<input type="checkbox"/> Influenza (Frottis ORL milieu, LBA) – 1 sem	<input type="checkbox"/> HSV 1-2 (LCR, LA, LBA, Biopsie, Frottis milieu) - < 1 sem
<input type="checkbox"/> Adenovirus (Sang EDTA, LCR, Frottis ORL, LBA, Urines, Biopsie)	<input type="checkbox"/> CMV (Sang, LCR, Urines, LBA, LA, Biopsie, Moelle osseuse, Selles) – 3 sem
<input type="checkbox"/> VZV (LCR, LBA, LA, Frottis milieu) – 3 sem	

NATURE DU PRELEVEMENT :

Service de Virologie Sérologie

Laboratoire national de santé / Département de Microbiologie/ 1, rue Louis Rech/ L-3555 Dudelange

T: (+352) 28 100 – 521 / F: (+352) 28 100 – 522/ info@lns.etat.lu / www.lns.lu

BON DE DEMANDE D'ANALYSES – VIROLOGIE SEROLOGIE

ETIQUETTE PATIENT

Nom et Prénom :

Matricule : Sexe : M/F

Adresse :

PRESCRIPTEUR/LABORATOIRE DEMANDEUR

Nom et Prénom :

Code Médecin :

Date :

Signature :

DEMANDE DES EXAMENS EN URGENCE

Les demandes urgentes peuvent se faire **oralement** (téléphone ou contact direct) ou par écrit (**prescription**) de manière non équivoque et motivée (R.C.). Les échantillons doivent arriver au LNS du **Lundi au Vendredi** (sauf jours fériés) **avant 13h.**

Toute demande non motivée ne serait pas prioritaire

Renseignements obligatoires :

Urgence vitale

Convenance médicale

Faxer les résultats au n°

Tél les résultats au n°

Motif de l'urgence (R.C.) :

Age Température Unité de soins Voyage récent (<1 mois)

Symptômes: Autres indications utiles:.....

LISTE DES EXAMENS REALISABLES EN URGENCE

Prélèvement	Contexte	Examens demandés	Délai	
<input type="checkbox"/> Frottis voies respiratoires <input type="checkbox"/> Liquide Aspiration bronchique <input type="checkbox"/> Liquide Brocho-Alvéolaire	Insuffisance pulmonaire <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Herpès Simplex (PCR) <input type="checkbox"/> Epstein Barr (PCR) <input type="checkbox"/> Grippe A et B* (PCR < 1 j) <input type="checkbox"/> MERS* Corona Virus (PCR < 1j)	<input type="checkbox"/> CytomégaloVirus (PCR) <input type="checkbox"/> Adénovirus (PCR) <input type="checkbox"/> Multiplex Respiratoire ¹ (PCR)	< 4h
<input type="checkbox"/> Liquide Céphalo-Rachidien	<input type="checkbox"/> Syndrome méningé <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Encéphalite	<input type="checkbox"/> Herpès Simplex (PCR) <input type="checkbox"/> Epstein Barr (PCR) <input type="checkbox"/> Entérovirus (PCR)	<input type="checkbox"/> CytomégaloVirus (PCR) <input type="checkbox"/> Varicelle Zona Virus (PCR) <input type="checkbox"/> Multiplex Méningite ² (PCR)	< 4h
<input type="checkbox"/> Liq. Amniotique, Frottis vaginal <input type="checkbox"/> Sang*	<input type="checkbox"/> Péri-partum <input type="checkbox"/> Immunodéprimés <input type="checkbox"/> Transplantés <input type="checkbox"/> Prématurés	<input type="checkbox"/> Herpès Simplex (PCR) <input type="checkbox"/> CytomégaloVirus (PCR) <input type="checkbox"/> Epstein Barr (PCR)	<input type="checkbox"/> CytomégaloVirus (PCR)	< 4h
<input type="checkbox"/> Sang*	<input type="checkbox"/> Exposition au sang (AES)*	<input type="checkbox"/> Sérologie HAV, HIV, HCV, HBV		< 4h
<input type="checkbox"/> Selles*	<input type="checkbox"/> Intoxications alimentaires*	<input type="checkbox"/> Multiplex Gastro-intestinal ³ (PCR)		< 4h

L'astérisque (*) indique que l'avis du biologiste est requis ou une justification clinique est nécessaire pour réaliser l'examen en urgence.

1. Adénovirus, Coronavirus (229E, HKU1, OC43, NL63), Méta pneumovirus, Rhino/Entérovirus, Influenza (AH1, AH3, B), Parainfluenza (1-2-3-4), RSV, B. Pertussis, Mycoplasma pneumoniae et Chlamydia pneumoniae

2. HSV 1/ 2, CMV, VZV, HHV 6, Entérovirus, ParéchoVirus, E. Coli, H. Influenzae, L. monocytogenes, N. meningitidis, S. pneumoniae, S. agalactiae, Cryptococcus

3. Adénovirus, Astrovirus, Norovirus I et II, Rotavirus A, Sapovirus, Campylobacter, C. Difficile, Salmonella, Y. Enterolitica, V. Cholerae, E. Coli (EAEC, EPEC, ETEC, STEC, EIEC), Cryptosporidium, Entamoeba histolytica, G. lamblia

COMPTE RENDU DES RESULTATS

Copie aux médecins

Copie au Laboratoire

Copie patient

.....

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PRELEVEMENT

Date du prélèvement :/...../..... Heure :

Nature :

Localisation :

Service de Virologie Sérologie

Laboratoire national de santé / Département de Microbiologie/ 1, rue Louis Rech/ L-3555 Dudelange

T: (+352) 28 100 – 521 / F: (+352) 28 100 – 522/ info@lns.etat.lu / www.lns.lu

D-M2-DAVS-VIRO SERO v1