

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	Hantavirus / Bunya	<input type="checkbox"/> Dépistage IgG et IgM par IB	Parainfluenza 1,2,3	<input type="checkbox"/> Dépistage par FC
Amibes entamoba	<input type="checkbox"/> Dépistage par HAI	Hépatite A	<input type="checkbox"/> Dépistage (IgM + IgG)	Plasmodium spp	<input type="checkbox"/> Dépistage par EIA
Bartonella henselae	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG	Hépatite B	<input type="checkbox"/> Contrôle d'immunité	Rickettsies	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG
Borr. Burgdorferi	<input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Confirmation <input type="checkbox"/> Neuroborréliose (+LCR)	Hépatite C	<input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Confirmation	Rougeole	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG <input type="checkbox"/> Contrôle d'immunité
Brucella	<input type="checkbox"/> Dépistage Ig par FC	Hépatite C	<input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Confirmation	RSV	<input type="checkbox"/> Dépistage par FC
Chikungunya	<input type="checkbox"/> Dépistage IgG et IgM par IB	Herpès simplex	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG	Schistosomiase	<input type="checkbox"/> Dépistage par HAI
Chlam. pneumoniae	<input type="checkbox"/> Dépistage IgG	HIV-1/2	<input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Confirmation	Syphilis	<input type="checkbox"/> Dépistage (EIA+VDRL) <input type="checkbox"/> Confirmation <input type="checkbox"/> Neurosyphilis (+LCR)
Chlam. psittaci	<input type="checkbox"/> Dépistage IgG	HTLV1/2	<input type="checkbox"/> Dépistage	Tuberculose latente	<input type="checkbox"/> Quantiféron
Chlam. trachomatis	<input type="checkbox"/> Dépistage IgG	Influenza A/B	<input type="checkbox"/> Dépistage par FC	Varicelle – Zona	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et Ig
COVID 19	<input type="checkbox"/> Dépistage Ig par EIA	Legionella	<input type="checkbox"/> Dépistage Ig Totaux	Yers. entero 03 et 09	<input type="checkbox"/> Dépistage par FC <input type="checkbox"/> Contrôle d'immunité
Coxiella burnetti	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG	Mycop. pneumoniae	<input type="checkbox"/> Dépistage	Zikavirus	<input type="checkbox"/> Dépistage IB(IgG,IgM) par IB
Coxsackievirus 1 à 6	<input type="checkbox"/> Dépistage par FC	Oreillons	<input type="checkbox"/> Dépistage IgM et IgG <input type="checkbox"/> Contrôle d'immunité		
Dengue	<input type="checkbox"/> Dépistage IgG et IgM par IB				
Echin. granulosus	<input type="checkbox"/> Dépistage par HAI				
Fasciola hepatica	<input type="checkbox"/> Dépistage par HAI				

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

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

CULTURE VIRALE – Milieu de transport

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Influenza (Frottis ORL milieu, LBA) – 1 sem | <input type="checkbox"/> HSV 1-2 (LA, LBA, Frottis milieu) - < 1 sem |
| <input type="checkbox"/> CMV (Urines, LBA, LA) – 3 sem | <input type="checkbox"/> VZV (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

D-M2-DAVS-VIRO SERO v03

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 12h.**

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 Broncho-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) <input type="checkbox"/> SARS CoV-1 et SARS-CoV-2	< 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), Métapneumovirus, 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. enterocolitica, 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