

# LABORATOIRE LABOMAINE – LABORIZON MAINE-ANJOU

Sites de la Sarthe - Tél 02 43 78 40 60 - Fax 02 43 78 38 99  
Sites Maine et Loire / Vendée – Tél 02 41 57 88 40 – Fax 02 41 45 95 15

## Préconisations et fiche de transmission externe d'un liquide de ponction pour examen cyto bactériologique

### IDENTIFICATION DU PATIENT Sexe : M / F

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

Si patient mineur : Chez Mr ou Mme : .....

Tel et/ou Mobile : .....

### PRELEVEMENT

Date: ...../...../..... Heure:.....H.....

Type de liquide :

Péritonéal  Ascite  Pleural  Articulaire

Traitement antibiotique en cours :

Oui  Non

Lequel ? .....

Renseignements cliniques

.....

### PRESCRIPTION

Jointe au prélèvement et à cette fiche

Absence de prescription

Examens à réaliser :

Médecin à qui envoyer les résultats (autre que médecin prescripteur / médecin traitant si besoin,...)

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

### RESULTATS

Web  Au labo  A poster

URGENT  Tél médecin  Fax médecin

### PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT



1. Flacon STERILE à bouchon rouge pour la culture bactérienne



2. Tube citraté à bouchon bleu pour la cytologie et la recherche de cristaux



3. tube hépariné à bouchon vert pour le dosage de protides et la LDH



4. Flacon d'hémoculture pédiatrique à bouchon jaune pour la mise en évidence des germes à croissance difficile

Pour une prise en charge (tiers payant) : ordonnance obligatoire + photocopies des attestations carte vitale et mutuelle  
N° de sécu =

MU-5.4-EN-076-01

# LABORATOIRE LABOMAINE – LABORIZON MAINE-ANJOU

Sites de la Sarthe - Tél 02 43 78 40 60 - Fax 02 43 78 38 99  
Sites Maine et Loire / Vendée – Tél 02 41 57 88 40 – Fax 02 41 45 95 15

## Préconisations et fiche de transmission externe d'un liquide de ponction pour examen cyto bactériologique

### IDENTIFICATION DU PATIENT Sexe : M / F

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

Si patient mineur : Chez Mr ou Mme : .....

Tel et/ou Mobile : .....

### PRELEVEMENT

Date: ...../...../..... Heure:.....H.....

Type de liquide :

Péritonéal  Ascite  Pleural  Articulaire

Traitement antibiotique en cours :

Oui  Non

Lequel ? .....

Renseignements cliniques

.....

### PRESCRIPTION

Jointe au prélèvement et à cette fiche

Absence de prescription

Examens à réaliser :

Médecin à qui envoyer les résultats (autre que médecin prescripteur / médecin traitant si besoin,...)

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

### RESULTATS

Web  Au labo  A poster

URGENT  Tél médecin  Fax médecin

### PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT



1. Flacon STERILE à bouchon rouge pour la culture bactérienne



2. Tube citraté à bouchon bleu pour la cytologie et la recherche de cristaux



3. tube hépariné à bouchon vert pour le dosage de protides et la LDH



4. Flacon d'hémoculture pédiatrique à bouchon jaune pour la mise en évidence des germes à croissance difficile

Pour une prise en charge (tiers payant) : ordonnance obligatoire + photocopies des attestations carte vitale et mutuelle  
N° de sécu =

MU-5.4-EN-076-01