

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre<br>Nom : _____<br>Prénom : _____<br>Date de naissance : _____<br>Rue : _____<br>NPA/Localité : _____<br>Assurance (obligatoire) : _____ | Timbre du médecin : _____  |
| Date de prélèvement : _____ Heure : _____<br><br>Données cliniques : _____  | <b>URGENT</b><br>Copie patient: <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> Email:<br>Copie médecin : Nom: _____<br>Email: _____<br><br>Facturation: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre |

|  |   |
|--|---|
| <b>URINES</b>  | <b>Biologie moléculaire (PCR)</b><br><input type="checkbox"/> Bilan IST (Chlamydia trachomatis/Neisseria gonorrhoeae/Mycoplasma/Ureaplasma)<br><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis<br><input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae<br><input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma<br><hr/> <input type="checkbox"/> <b>Numération et identification</b><br><input type="checkbox"/> Bandelette et sédiment<br><input type="checkbox"/> Mycoplasma + Ureaplasma (culture)<br><input type="checkbox"/> Legionella pneumophila (antigène)*<br><input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae (antigène)*  |
| <b>SELLES</b>  | <b>Biologie moléculaire (PCR)</b><br><input type="checkbox"/> Profil gastro-intestinal<br>(Bactéries Campylobacter, Clostridium difficile toxine A/B, Pleisiomonas shigelloides, Salmonella, Vibrio cholera/parahaemolyticus/vulnificus, Yersinia enterocolitica Escherichia coli EAEC, EPEC, ETEC, STEC/EHEC, O157, Shigella EIEC<br>Parasites Cryptosporidium, Cyclospora cayetanensis, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia<br>Virus Adenovirus F 40/41, Astrovirus, Norovirus GI/GII, Rotavirus A, Sapovirus)<br><hr/> <input type="checkbox"/> Examen complet des selles (Salm./Shig/Campylo/leucos, sang, digestion, parasites)<br><input type="checkbox"/> Culture (Salmonelles/Shigelles/Campylobacter)<br><input type="checkbox"/> Rotavirus/Adenovirus/Norovirus (antigène)<br><input type="checkbox"/> Sang occulte <input type="checkbox"/> Digestion <input type="checkbox"/> Leucocytes<br><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (antigène)<br><input type="checkbox"/> Clostridium difficile (antigène, toxine)<br><input type="checkbox"/> Candida sp.<br><input type="checkbox"/> Autre:<br><hr/> <input type="checkbox"/> <b>Parasites</b> (protozoaires/helminthes/autres)<br><input type="checkbox"/> Cryptosporidium sp./Giardia lamblia (antigènes)<br><input type="checkbox"/> Calprotectine <input type="checkbox"/> Elastase* |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Analyse du Microbiome Avancé plus*</b><br>(Diversité, entérotypes, genres et espèces bactériennes essentielles, alpha-1-antitrypsine, calprotectine, acides biliaires, élastase pancréatique, IgA sécrétoire, résidus digestifs)<br><input type="checkbox"/> <b>Analyse du Microbiome Complet plus*</b><br>(Analyse du Microbiome Avancé plus + profil parasitaire)<br><i>Analyse partiellement remboursée par l'assurance</i>  |
| <b>MYCOLOGIE</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Examen direct + dermatophytes + champignons</b>   |
| <input type="checkbox"/> Cuir chevelu<br><input type="checkbox"/> Squames<br><input type="checkbox"/> Ongles |   |

|  |  |
|--|--|
| <b>SPHÈRE GÉNITALE</b>   | <b>Biologie moléculaire (PCR)</b> (E-Swab uniquement)<br><input type="checkbox"/> Bilan IST (Chlamydia trachomatis/Neisseria gonorrhoeae/Mycoplasma/Ureaplasma)<br><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis<br><input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae (gonocoques)<br><input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma<br><input type="checkbox"/> Papillomavirus (HPV)*<br><input type="checkbox"/> Herpès type 1 et 2 (HSV)<br><hr/> <input type="checkbox"/> <b>Examen complet</b><br>(Examen direct, culture, Mycoplasma/Ureaplasma)<br><input type="checkbox"/> Examen direct et culture<br><input type="checkbox"/> Strepto. du groupe B (dé pist. périnatal)<br><input type="checkbox"/> Candida sp.<br><input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma (culture)<br><input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis (examen direct)<br><input type="checkbox"/> Actinomyces sp. (recherche spéciale)   |
| <input type="checkbox"/> Vagin<br><input type="checkbox"/> Endocol<br><input type="checkbox"/> Urètre<br><input type="checkbox"/> Vulve<br><input type="checkbox"/> Stérilet<br><input type="checkbox"/> Anus<br><input type="checkbox"/> Abcès, pus<br><input type="checkbox"/> Gland<br><input type="checkbox"/> Sperme<br><input type="checkbox"/> Autre: |  |
| <b>SPHÈRE ORL</b>  | <b>Biologie moléculaire (PCR)</b> (E-Swab uniquement)<br><input type="checkbox"/> Profil respiratoire<br>(Virus Adenovirus, Coronavirus, MERS-CoV, Sars-CoV2 (Covid19), Méta pneumovirus, Rhinovirus / Enterovirus, Influenza A/B, Parainfluenza 1 à 4, RSV.<br>Bactéries B.Pertussis (coqueluche) / paraptussis, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae)<br><input type="checkbox"/> Bordetella pertussis (coqueluche)<br><input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae<br><input type="checkbox"/> Covid 19 - Sars 2<br><input type="checkbox"/> Herpès type 1 et 2 (HSV)<br><input type="checkbox"/> Influenza A et B + RSV<br><input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae<br><input type="checkbox"/> Varicelle/ Zona (VZV-Herpès Zoster)*<br><hr/> <input type="checkbox"/> <b>Examen direct et culture</b><br><input type="checkbox"/> Strepto. du groupe A, C, G (angine)<br><input type="checkbox"/> Candida sp. (bouche) <input type="checkbox"/> Champignons<br><b>Tuberculose/Mycobactéries</b><br><input type="checkbox"/> Examen direct, culture, identification, AB*<br><input type="checkbox"/> Mycobact. tuberculosis complex (PCR)* |
| <input type="checkbox"/> Frottis nasopharyngées<br><input type="checkbox"/> Gorge<br><input type="checkbox"/> Bouche<br><input type="checkbox"/> Langue<br><input type="checkbox"/> Nez<br><input type="checkbox"/> Oreille<br><input type="checkbox"/> Œil<br><input type="checkbox"/> Expectoration<br><input type="checkbox"/> Autre:                     |  |
| <b>PLAIE / PONCTION</b>  | <b>Biologie moléculaire (PCR)</b> (E-Swab uniquement)<br><input type="checkbox"/> Herpès type 1 et 2 (HSV)<br><input type="checkbox"/> Varicelle/ Zona (VZV-Herpès Zoster)*<br><input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae<br><hr/> <input type="checkbox"/> <b>Examen direct et culture</b><br><input type="checkbox"/> Candida<br><input type="checkbox"/> Champignons<br><input type="checkbox"/> MRSA<br><hr/> <input type="checkbox"/> Numération cellulaire + Cristaux*<br>(matériel: natif + tube EDTA)<br><input type="checkbox"/> Autre:   |
| <input type="checkbox"/> Plaie superficielle Site:<br><input type="checkbox"/> Plaie profonde Site:<br><input type="checkbox"/> Abcès Site:<br><input type="checkbox"/> Ponction Site:<br><input type="checkbox"/> Autre:  |  |