



BIO 11 CLINIQUE CARCASSONNE Tel: 04.68.11.91.00 Fax: 04.68.11.91.09

BLUCHE GUILHEM CARCASSONNE Tel: 04.68.72.82.82 Fax: 04.68.72.82.83

BIOD'OC PONT ROUGE CARCASSONNE TEL : 04.68.72.82.96 Fax : 04.68.72.82.99

BIO 11 LIMOUX Tel: 04.68.31.12.72 Fax: 04.68.31.50.17

BIOD'OC LEZIGNAN Tel: 04.68.27.00.93 Fax: 04.68.72.82.93

BIOD'OC TREBES Tel: 04.68.78.89.69 Fax: 04.68.78.51.88

BIOD'OC REVEL Tel: 05.61.24.70.70 Fax: 05.61.24.70.71

BIOD'OC FOIX Tel: 05.34.09.33.90 Fax: **05.36.05.01.38**

BIOD'OC PAMIEES Tel: 05.61.67.09.84 Fax: 05.61.67.08.95

Nos exigences
préanalytiques
complètes sur
www.biodoc.fr

PRELEVEMENT MICROBIOLOGIQUE

Prélèvement fait le : / / à H

Localisation du prélèvement :

Nom du préleveur :

Nom:.....Prénom

Nom de jeune fille :.....Date de naissance :... /...../.....

Adresse:.....

.....

.....

Joindre systématiquement l'ordonnance

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (indispensables à l'interprétation biologique)

Prélèvement génital Urétral Vaginal Endocol Autre :.....

ORL Gorge Langue Nez Oreille (OD OG Les 2)

Prélèvement oculaire Œil D Œil G Les 2 yeux

Conjonctivite Kératite Orgelet Lentilles de contact

Prélèvement cutané Plaie aiguë (morsure d'animal, post opératoire, érysipèle)

Plaie chronique (escarre, ulcère)

Mycose (teigne, onyxis, intertrigo, herpes circiné)

Traitement antibiotique : Antibiotique :.....

En cours Arrêté depuis :jours

Contexte : Grossesse Fièvre Diabète Médecine du travail

Préopératoire Post opératoire Autre :.....

Recherche de portage : Streptocoque A Streptocoque B Staphylocoque SARM

TRANSMISSION DES RESULTATS

Au prescripteur : Par courrier Par téléphone Par fax

Copie à d'autres prescripteurs : Si oui, lesquels

Au patient: Par courrier Au laboratoire Internet seul (pas de courrier)

DE-MUO-108-04



BIO 11 CLINIQUE CARCASSONNE Tel: 04.68.11.91.00 Fax: 04.68.11.91.09

BLUCHE GUILHEM CARCASSONNE Tel: 04.68.72.82.82 Fax: 04.68.72.82.83

BIOD'OC PONT ROUGE CARCASSONNE TEL : 04.68.72.82.96 Fax : 04.68.72.82.99

BIO 11 LIMOUX Tel: 04.68.31.12.72 Fax: 04.68.31.50.17

BIOD'OC LEZIGNAN Tel: 04.68.27.00.93 Fax: 04.68.72.82.93

BIOD'OC TREBES Tel: 04.68.78.89.69 Fax: 04.68.78.51.88

BIOD'OC REVEL Tel: 05.61.24.70.70 Fax: 05.61.24.70.71

BIOD'OC FOIX Tel: 05.34.09.33.90 Fax: **05.36.05.01.38**

BIOD'OC PAMIEES Tel: 05.61.67.09.84 Fax: 05.61.67.08.95

Nos exigences
préanalytiques
complètes sur
www.biodoc.fr

PRELEVEMENT MICROBIOLOGIQUE

Prélèvement fait le : / / à H

Localisation du prélèvement :

Nom du préleveur :

Nom:.....Prénom

Nom de jeune fille :.....Date de naissance :... /...../.....

Adresse:.....

.....

.....

Joindre systématiquement l'ordonnance

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (indispensables à l'interprétation biologique)

Prélèvement génital Urétral Vaginal Endocol Autre :.....

ORL Gorge Langue Nez Oreille (OD OG Les 2)

Prélèvement oculaire Œil D Œil G Les 2 yeux

Conjonctivite Kératite Orgelet Lentilles de contact

Prélèvement cutané Plaie aiguë (morsure d'animal, post opératoire, érysipèle)

Plaie chronique (escarre, ulcère)

Mycose (teigne, onyxis, intertrigo, herpes circiné)

Traitement antibiotique : Antibiotique :.....

En cours Arrêté depuis :jours

Contexte : Grossesse Fièvre Diabète Médecine du travail

Préopératoire Post opératoire Autre :.....

Recherche de portage : Streptocoque A Streptocoque B Staphylocoque SARM

TRANSMISSION DES RESULTATS

Au prescripteur : Par courrier Par téléphone Par fax

Copie à d'autres prescripteurs : Si oui, lesquels

Au patient: Par courrier Au laboratoire Internet seul (pas de courrier)

DE-MUO-108-04