



UNILABS
- AQUIBIO

**Fiche d'identification
médicale (prélèvements à
visée bactériologique)**

FOR-PREL-006-09
Version : 9
Applicable le : 07-06-2023



UNILABS
- AQUIBIO

**Fiche d'identification
médicale (prélèvements à
visée bactériologique)**

FOR-PREL-006-09
Version : 9
Applicable le : 07-06-2023

Ce formulaire est à retourner impérativement au laboratoire accompagné du prélèvement

Ne pas oublier de joindre l'ordonnance

Noter sur l'étiquette les nom, prénom et date de naissance du patient
Rapporter le prélèvement dans les plus brefs délais

Nom Marital :
Nom de naissance : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Sexe F M
Adresse :
Code postal..... Ville.....
N° de Téléphone :
Date du prélèvement :/...../..... Heure :
Préleveur :

**Pour bénéficiaire du Tiers-
Payant**
N°SS :
-Organisme
SS :
-Mutuelle :
(ou photocopie carte)

NATURE ET LOCALISATION DU PRELEVEMENT :

CONTEXTE CLINIQUE ET ANTECEDENTS :

Traitement récent ou en cours
Si oui : lequel : du : au :
 Contrôle après traitement
Si oui : lequel : du : au :

INTERNET: oui **VIENT CHERCHER:** oui **POSTER :** oui
Mail obligatoire : **Signature**

En cochant cette case, J'accepte de recevoir des informations du Laboratoire Unilabs ou de ses partenaires mandatés (*) par e-mail, et la mise en ligne de mes résultats sur la plateforme sécurisée Kiro. Je reconnais que mon adresse e-mail est personnelle, sécurisée et accessible uniquement aux personnes autorisées.

(*) Votre Laboratoire peut également vous transmettre des informations d'ordre pratique (changement d'horaires, d'adresses etc.) et des enquêtes de satisfaction ponctuelles en vue d'améliorer la qualité de nos services.

Ce formulaire est à retourner impérativement au laboratoire accompagné du prélèvement

Ne pas oublier de joindre l'ordonnance

Noter sur l'étiquette les nom, prénom et date de naissance du patient
Rapporter le prélèvement dans les plus brefs délais

Nom Marital :
Nom de naissance : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Sexe F M
Adresse :
Code postal..... Ville.....
N° de Téléphone :
Date du prélèvement :/...../..... Heure :
Préleveur :

**Pour bénéficiaire du Tiers-
Payant**
N°SS :
-Organisme
SS :
-Mutuelle :
(ou photocopie carte)

NATURE ET LOCALISATION DU PRELEVEMENT :

CONTEXTE CLINIQUE ET ANTECEDENTS :

Traitement récent ou en cours
Si oui : lequel : du : au :
 Contrôle après traitement
Si oui : lequel : du : au :

INTERNET: oui **VIENT CHERCHER:** oui **POSTER :** oui
Mail obligatoire : **Signature**

En cochant cette case, J'accepte de recevoir des informations du Laboratoire Unilabs ou de ses partenaires mandatés (*) par e-mail, et la mise en ligne de mes résultats sur la plateforme sécurisée Kiro. Je reconnais que mon adresse e-mail est personnelle, sécurisée et accessible uniquement aux personnes autorisées.

(*) Votre Laboratoire peut également vous transmettre des informations d'ordre pratique (changement d'horaires, d'adresses etc.) et des enquêtes de satisfaction ponctuelles en vue d'améliorer la qualité de nos services.



UNILABS
- AQUIBIO

Fiche d'identification
médicale (prélèvements à
visée bactériologique)

FOR-PREL-006-09
Version : 9
Applicable le : 07-06-2023



UNILABS
- AQUIBIO

Fiche d'identification
médicale (prélèvements à
visée bactériologique)

FOR-PREL-006-09
Version : 9
Applicable le : 07-06-2023

MATERIEL



Kit Ecouvillon /Swab : **germes banaux (dont gonocoque, mycoplasmes hors génitalium) et mycoses**
Et Recherche directe de **CHLAMYDIAE TRACHOMATIS et/ou NEISSERIA GONORRHOEAE** par PCR

BOUCHON ORANGE

prélèvement du tractus urogénital (prélèvement urétral) **BOUCHON ROSE**
prélèvement vaginal, plaies, rectum

Les milieux permettent une conservation des prélèvements urogénitaux jusqu'à 24 heures à température ambiante (18°C à 25°C) ou à 2°C à 8°C. Pour la PCR le délai est de 5 jours à température ambiante et 1 semaine à 2°C à 8°C.



1 Seul prélèvement nécessaire pour la recherche de germes en culture et Chlamydiae/Gonocoque par PCR

KIT Cobas PCR Media Dual Swab tube pour la recherche directe de **ou Mycoplasma genitalium** par PCR



Les milieux permettent une conservation jusqu'à 60 jours à une température comprise entre 2°C et 30°C



Milieu de transport M4RT pour recherche de **VIRUS (herpes)**

Placer rapidement au réfrigérateur. Acheminer sous 48-72 heures

MATERIEL



Kit Ecouvillon /Swab : **germes banaux (dont gonocoque, mycoplasmes hors génitalium) et mycoses**
Et Recherche directe de **CHLAMYDIAE TRACHOMATIS et/ou NEISSERIA GONORRHOEAE** par PCR

BOUCHON ORANGE

prélèvement du tractus urogénital (prélèvement urétral) **BOUCHON ROSE**
prélèvement vaginal, plaies, rectum

Les milieux permettent une conservation des prélèvements urogénitaux jusqu'à 24 heures à température ambiante (18°C à 25°C) ou à 2°C à 8°C. Pour la PCR le délai est de 5 jours à température ambiante et 1 semaine à 2°C à 8°C.



1 Seul prélèvement nécessaire pour la recherche de germes en culture et Chlamydiae/Gonocoque par PCR

KIT Cobas PCR Media Dual Swab tube pour la recherche directe de **ou Mycoplasma genitalium** par PCR



Les milieux permettent une conservation jusqu'à 60 jours à une température comprise entre 2°C et 30°C



Milieu de transport M4RT pour recherche de **VIRUS (herpes)**

Placer rapidement au réfrigérateur. Acheminer sous 48-72 heures