N°travail LBM

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE – CH ARRAS

Boulevard Besnier – 62022 ARRAS cedex

☐ **URGENT**

Identité Patient
Nom de naissance
Prénom
Nom d'usage
Date de naissance
Sexe

Cachet du service

Prescripteur : _____

○ médecin ○ interne

Date et heure de prélèvement : ___ /___ /____ à ___ h ___ min

Préleveur : _____

○ médecin ○ interne

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Pied diabétique ○ oui ○ non

Prothèse ○ oui ○ non

Contexte :

INFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES

Cette prescription est réservée aux prélèvements réalisés stérilement dans le cadre des infections ostéo-articulaires (biospie, os, liquide, …).

Il est recommandé :

- **De respecter une fenêtre d'antibiothérapie de 15 jours**
- **De proscrire les prélèvements sur écouvillon**
- **De changer d'instrument entre chaque prélèvement**
- **D'acheminer les prélèvements au plus vite au laboratoire**

Identifier les prélèvements et préciser le site de prélèvement dans le cadre ci-dessous :

N°	Code d'enregistrement labo **PUSTR**	**Site**	**Prélèvement ensemencé sur flacons d'hémoculture** ☐ oui ☐ non	
1	Biopsie en peau saine ☐ oui ☐ non		étiquette	étiquette
2	Biopsie en peau saine ☐ oui ☐ non		étiquette	étiquette
3	Biopsie en peau saine ☐ oui ☐ non		étiquette	étiquette
4	Biopsie en peau saine ☐ oui ☐ non		étiquette	étiquette
5	Biopsie en peau saine ☐ oui ☐ non		étiquette	étiquette
6	Biopsie en peau saine ☐ oui ☐ non		étiquette	étiquette