



Envoi d'échantillons cliniques et souches de *Legionella spp.*

Confirmation – Culture – PCR – Identification – Typage

Patient

Nom: _____ Prénom: _____
 Né le: ___/___/_____ Sexe: m f
 Adresse: _____ No.: _____
 CAP: _____ Lieu: _____

Type de prélèvement et analyses demandées

Votre No. de Référence interne _____ date du prélèvement: ___/___/_____

| | Sputum | Aspiration | BAL | DNA | Urine | souche clinique | souche environnementale |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Culture <i>Legionella spp.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| PCR <i>Legionella spp.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Confirmation antigène | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Identification/Typage | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre (veuillez préciser) | | | | | | | |

Analyses déjà effectuées chez votre laboratoire

Antigène dans l'urine positif négatif non exécuté Date ___/___/___
 PCR Legionella positive negative non exécutée Date ___/___/___
 Culture positive negative non exécutée Date ___/___/___
 Identification Lp1 Lp2-14 L.spp. Date ___/___/___

Autre (veuillez préciser) _____

Laboratoire:

Cachet ou Nom et Adresse

Envoi des résultats par

- Poste A
 Fax*: _____
 email (HIN)*: _____

* Le demandeur garantit la confidentialité de la transmission