

REQUÊTE D'ANALYSE – MICROBIOLOGIE – (1-3) B-D-GLUCANE

PRÉLEVEUR	LOCALISATION	RAMQ	DOSSIER
	DATE PRÉL. : / / HEURE : :	SITE	N° CHAMBRE/CIVIÈRE
PRESCRIPTEUR	NOM ET PRÉNOM LISIBLES	DATE DE NAISSANCE	SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	NOM ET PRÉNOM COMPLETS	NO DE PERMIS	AA/MM/JJ
	TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE)	NOM	PRÉNOM
	MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES)	NO DE PERMIS	NOM DE LA MÈRE
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE	ADRESSE	
		NO CIVIQUE/RUE	APT
		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE

CATÉGORIE DE PATIENT	TYPE D'INFECTION SUSPECTÉE
<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Hospitalisé soins médicaux <input type="checkbox"/> Hospitalisé soins chirurgicaux <input type="checkbox"/> Hospitalisé soins critiques (USI...)	<input type="checkbox"/> Infection fongique invasive (ex. : aspergillose) <input type="checkbox"/> Infection à Pneumocystis <input type="checkbox"/> Candidose invasive <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____
IMMUNOSUPPRESSION ACTIVE	PRISE D'ANTIFONGIQUE AU MOMENT DU PRÉLÈVEMENT
<input type="checkbox"/> Aucune immunosuppression <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Greffe de moelle <input type="checkbox"/> Greffe d'organe solide <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Échinocandin (Caspofungin, Mycafungin, Anidulafungin) <input type="checkbox"/> Fluconazole <input type="checkbox"/> Voriconazole <input type="checkbox"/> Posaconazole <input type="checkbox"/> Amphotéricine-B (toute formulation)

AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS
