



PÔLE DE BIOLOGIE

PLATEAU TECHNIQUE DE MICROBIOLOGIE

TEL: 03.69.55.03.33 FAX: 03.69.55.16.98

RESERVE RECEPTION LABORATOIRE

Date et heure de réception au laboratoire
Technicien

Prescripteur (nom / RPPS)

RPPS obligatoire pour les consultations externes

Préleveur (nom, prénom, qualité)

VIROLOGIE MOLECULAIRE ET COVID-19



Date de prélèvement
(JJ/MM/AA)

OBLIGATOIRE

Heure
(hh:mm)

OBLIGATOIRE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

☐ Grossesse ☐ Patient greffé ☐ Immunodépression ☐ Autre : _____

SANG (tube EDTA)

Charges virales (PCR) : 1 à 3 tubes de sang EDTA selon les analyses demandées

1 case cochée = 1 tube ; à partir de 2 cases cochées = 2 tubes

☐ VIH-1 ARN ☐ HSV-1 et HSV-2 ☐ Entérovirus
☐ VHB Hépatite B ☐ VZV Varicelle-Zona ☐ Parvovirus B19
☐ VHC Hépatite C ☐ BK virus ☐ Dengue *
☐ VHE Hépatite E ☐ JC virus ☐ Chikungunya *
Sur plasma EDTA ☐ Zika *

De 1 à 4 cases cochées = 1 tube

☐ CMV
☐ EBV
☐ Adénovirus
☐ HHV-6

Sur sang total EDTA

Génotypage et résistance aux antiviraux

1 tube de sang EDTA par case cochée

☐ VIH-1 : génotypage et résistance aux antirétroviraux *
☐ VHB : génotypage et résistance aux antiviraux *
☐ VHC : génotypage (indiquer la charge virale : _____)
☐ VHC : résistance aux antiviraux *
☐ BK virus : génotypage

Examens externalisés hors HUS

Fournir 1 tube de sang EDTA par case cochée

OBLIGATOIRE : Fiche de renseignements Labonet

☐ VHD Hépatite Delta : charge virale *
☐ HHV-8 : charge virale *
☐ HSV : résistance aux antiviraux *
☐ CMV : résistance aux antiviraux *

☐ Autre demande : _____

Prélèvements materno-fœtaux : voir au verso

LCR

☐ HSV-1 et HSV-2
☐ VZV
☐ Entérovirus

Immunodépression ou contexte évocateur
à préciser obligatoirement :

☐ JC virus
☐ HHV-6
☐ CMV
☐ EBV
☐ Autre : _____

Prélèvements cutanéomuqueux

Localisation : _____

Nature : ☐ Frottis génital ☐ HSV-1 et HSV-2
☐ Frottis de vésicule ☐ VZV
☐ Frottis buccal ☐ Autre : _____
☐ Lavage de bouche
☐ Salive
☐ Frottis cutané
☐ Autre : _____

Prélèvements oculaires

Nature : ☐ Frottis d'oeil ☐ Droite
☐ Grattage de cornée ☐ Gauche
☐ Humeur aqueuse
☐ Autre : _____
Analyse demandée : ☐ HSV-1 et HSV-2 ☐ VZV
☐ Autre : _____ ☐ Adénovirus

Selles

☐ Rotavirus / Adénovirus
☐ Norovirus
☐ Autre : _____

Urines

☐ BK virus
☐ JC virus
☐ CMV (nouveau-né)
☐ Zika *
☐ Autre : _____

COVID-19 et autres
virus respiratoires :
voir au verso

Réserve laboratoire

TEDT ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ou >

LCRA ☐ 1 ☐ 2 ou >

AUTBE ☐ UTM ☐ Es ☐ V ☐ T ☐ P ☐ Seringue ☐ Divers _____

☐ Non conformités : _____

PTM-R2-ENRG-018v4 du 11/05/2021

* = joindre obligatoirement la fiche de renseignements cliniques se trouvant dans le Guide des Examens de Laboratoires (Labonet)

VIROLOGIE MOLECULAIRE ET COVID-19



Moelle osseuse

- ☐ Parvovirus B19
☐ EBV
☐ CMV
☐ Autre : _____

Biopsie cérébrale

Localisation : _____

- ☐ EBV
☐ JC virus
☐ HSV1 et 2
☐ VZV
☐ HHV-6
☐ Autre : _____

Biopsies digestives

Nature :

- ☐ Biopsie colique
☐ Biopsie rectale
☐ Autre : _____

Analyse demandée :

- ☐ CMV
☐ EBV
☐ HHV-6
☐ Autre : _____

Liquide péricardique

- ☐ Entérovirus
☐ EBV
☐ Parvovirus B19
☐ CMV
☐ HHV-6
☐ Autre : _____

Prélèvements materno-foetaux

Joindre obligatoirement la copie de l'attestation d'information et de consentement ainsi que la fiche de renseignements cliniques.

Motif de la demande :

- ☐ Primo-infection
☐ Signes échographiques (joindre une copie du CR échographique)

Âge gestationnel :

Semaines d'Aménorrhée (SA) :

Nature :

- ☐ Liquide amniotique
☐ Sang du cordon
☐ Placenta

Analyse demandée :

- ☐ CMV
☐ Parvovirus B19
☐ Rubéole * (examen externalisé)
☐ Autre : _____

Virus respiratoires

Nature de l'échantillon (obligatoire) :

- ☐ Ecouvillonnage naso-pharyngé
☐ Aspiration trachéale
☐ Aspiration naso-pharyngée
☐ Autre : _____
- ☐ LBA
☐ Expectoration
☐ Salive

Analyses demandées :

- ☐ Grippe (A/B)
☐ Autres virus respiratoires :
 VRS,
 Rhinovirus, Adénovirus,
 Métagonovirus,
 Parainfluenza 1, 2, 3, 4
- ☐ CMV
☐ HSV-1 et HSV-2
☐ VZV
☐ EBV
☐ HHV-6

SRAS-CoV-2 / COVID-19 :

☐ RT-PCR

☐ Sérologie

(Tube à bouchon jaune avec gel séparateur)

SRAS-CoV-2 / COVID-19 :
Remplir le questionnaire
obligatoire ci-contre
pour la réalisation des examens
RT-PCR ou sérologie



Autres natures de prélèvements

Précisez la nature du prélèvement et l'examen demandé

COVID-19- Questionnaire obligatoire :

Professionnel soignant

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sait pas

Date d'apparition des symptômes

- ☐ Asymptomatique
☐ Symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement
☐ Symptômes apparus 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
☐ Symptômes apparus 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
☐ Symptômes apparus entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
☐ Symptômes apparus entre 15 et 28 jours avant le prélèvement
☐ Symptômes apparus plus de 4 semaines avant le prélèvement
☐ Ne sait pas

Lieu de résidence actuel

- ☐ Hébergement individuel
☐ Hospitalisé
☐ Résident en EHPAD
☐ En milieu carcéral
☐ Autre structure d'hébergement collectif
☐ Ne sait pas

Pour les consultations : résultat patient (1 seul choix possible) : ☐ Envoi par mail ** ☐ Résultat papier ☐ Pas d'envoi au patient

** Il est indispensable de renseigner/vérifier l'adresse mail du patient ainsi que son numéro de téléphone portable personnel dans gestion patient.

- ☐ LIAT
☐ MGI

Réservé au laboratoire

☐ SST

☐ TEDT

☐ Tube

☐ Pot

☐ Divers _____

☐ Non conformité _____

* = joindre obligatoirement la fiche de renseignements cliniques se trouvant dans le Guide des Examens de Laboratoires (Labonet)