



FORMULAIRE 5

Dr Jean-Philippe CHAVE, médecin infectiologue  
Dr Christian JACCARD, médecin infectiologue  
Dr Serge DE VALLIERE, médecin infectiologue  
Dre Caroline CHAPUIS-TAILLARD, médecin infectiologue

Dr Loïc LHOPITALIER, médecin infectiologue  
Dre Corinne ANDREUTTI, PhD microbiologiste FAMH  
Monique DESSAUGES, Microbiologiste FAMH

Av. Vinet 30  
1004 Lausanne  
laboratoire@lasource.ch

Tél. 021 641 32 44  
Fax. 021 641 32 49  
www.lasource.ch

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  F  M

Adresse \_\_\_\_\_

NPA \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Assurance: \_\_\_\_\_

Ou grande étiquette à coller

Votre ID Patient \_\_\_\_\_

- EXAMEN DIRECT URGENT
- PORTEUR LENTILLES DE CONTACT

Visa laboratoire Introduction

Date de prélèvement \_\_\_\_\_ Heure de prélèvement \_\_\_\_\_ Initiales du préleveur \_\_\_\_\_

Médecin demandeur: \_\_\_\_\_ Copie(s): \_\_\_\_\_

FICHE DE DEMANDE D'ANALYSES - MICROBIOLOGIE OPHTHALMIQUE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	ANTIBIOTHERAPIE
<input type="checkbox"/> Suspicion endophtalmie	

PRELEVEMENT	EXAMENS	Biologie moléculaire (PCR) - eSwab
<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Frottis / triangle  Localisation <span style="float: right;">Oeil</span> D G <input type="checkbox"/> Conjonctive <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orbite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paupière <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Voies lacrymales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cornée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chambre antérieure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vitré (vitrectomie diagnostiquée) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Verres de contact <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Liquide pour verres de contact <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Etui à lentilles <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Autres: _____	<b>Culture - eSwab</b> <input type="checkbox"/> Examen direct et culture (selon prélèvement) <input type="checkbox"/> Recherche de levures <input type="checkbox"/> Recherche de champignons <input type="checkbox"/> Autres: _____  <b>Renseignements généraux</b> Si un ou plusieurs test(s) de biologie moléculaire est(sont) demandé(s) en plus de la culture, merci d'effectuer, si possible, un 2ème prélèvement.  Pour tester un antibiotique en particulier, merci de prendre contact avec le microbiologiste du laboratoire.	<input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i> <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <input type="checkbox"/> <i>Acanthamoeba spp.</i> <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> <i>Herpes simplex</i> type 1 <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> <i>Herpes simplex</i> type 2 <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> <i>Varicella Zoster</i> <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> Adénovirus <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> Cytomégalovirus <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> <i>Toxoplasma gondii</i> <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> PCR eubactérienne <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> PCR panfungique <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> PCR <i>Candida spp</i> <sup>o</sup>

**Acheminement au laboratoire**

Laboratoire de la Clinique de La Source  
Ramassage des échantillons: 021 641 32 44  
Résultats: 021 641 33 14

HYGIENE HOSPITALIERE - GERMES CIBLES		
<input type="checkbox"/> MRSA	culture sur 3 frottis: gorge, nez et pli inguinal. PCR sur frottis de nez si patient hospitalisé	
<input type="checkbox"/> ESBL	Entérobactéries productrices de β-lactamase à spectre élargi	1
<input type="checkbox"/> CRE	Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes	frottis
<input type="checkbox"/> VRE	Entérocoques résistants à la vancomycine	rectal

<sup>o</sup> = analyses sous-traitées