

**Identité**

NOM du patient :	Prénom :	Sexe :
NOM de naissance :		
Date de Naissance (indispensable) :		
Adresse :		

**Prélèvement**

**(à identifier correctement : Nom, prénom et date de naissance du patient )**

Date du prélèvement : Heure:	NOM et Prénom du préleveur : Signature
Renseignements cliniques (joindre ordonnance)	Traitement antibiotique récent (< 1 semaine) θ non θ oui lequel.....
θ Liquide articulaire Préciser la localisation..... θ Liquide pleural (BK est recherché systématiquement) θ Liquide d'ascite θ Liquide péricardique Recherches spécifiques: θ BK θ Autre.....	

**Modalités de recueil**

Récipients	Analyses effectuées
Pot stérile bouchon jaune  (type ECBU 4 ml minimum)	Bactériologie, cytologie
Tube vert sans gel  (1 ml minimum)	Chimie
Tube bleu (citrate)  (Tube rempli ) Si volume insuffisant les cristaux peuvent être recherchés sur le flacon destiné à la bactériologie	Cristaux
Pot stérile bouchon jaune  (type ECBU-1 ml minimum) (remplir ce pot en plus de celui destiné à la bactériologie)	PCR universelle  (attention analyse hors nomenclature)

**Acheminement à température ambiante au laboratoire de Terre Rouge  
(32 rue de Terre Rouge 25000 BESANCON) dans les 8 h qui suivent le prélèvement.**

**En cas de faible volume, privilégier les récipients correspondant aux analyses souhaitées**

Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez consulter notre dictionnaire des analyses sur notre site internet [www.cbm25.fr](http://www.cbm25.fr) ou nous joindre par téléphone au 03 81 47 89 89