



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 négative non exécutée Date ___/___/___
 Culture positive négative 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
 email (HIN)*: _____

* Le demandeur garantit la confidentialité de la transmission