

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marquer les cases d'un trait noir:

juste  faux



**Laboratoire d'épidémiologie**  
 Service de médecine préventive hospitalière  
 Réception des Laboratoires  
 BH/18/100, 1011 Lausanne  
 Tél. 021 314 02 60  
 PP 439  
 www.hpcci.ch



**Patient**

Nom: .....

Prénom: .....

Sexe: .....

Date de naissance complète: .....

Adresse complète: .....

N° postal / Localité: .....

V/réf.: .....

**Facture:**

Patient  Demandeur

Etiquette code barres pour le CHUV



Ce formulaire est à commander au laboratoire (labohh@chuv.ch)

**Date et heure du prélèvement indispensables**

Jour: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mois: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heure: 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Min.: 

15	30	45
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**COPIE(S) à (adresse exacte et complète)**

Nom du médecin: .....

Service, adresse: .....

Localité: .....

**DEMANDEUR**

Nom du médecin: .....

Adresse: .....

BIP/Tél: .....

Etiquette déviation ou Etiquette de projet

**INFORMATIONS:**

**UTILISER UN FORMULAIRE PAR PRELEVEMENT**

Sans indication, l'analyse ne sera pas effectuée

p: analyse effectuée par test rapide (PCR)

c: analyse effectuée par culture

**Recherche de MRSA (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline)**

**Prélèvement:**

- Frottis de nez & gorge & aine (pool)
- Autre: .....
- (p.ex. sites anciennement positifs)

**Indication standard:**

- c/p  Alerte Algerme
- p  Transfert d'un établissement de soins à haute prévalence de MRSA (étranger, EMS, enfant d'un programme humanitaire): .....
- p  Voisin de chambre/box du patient IPP: .....
- c  Dépistage unité de soins (y.c. dépistage hebdomadaire)

**Indication spécifique:**

- p  Entrée au SMIA, ou transfert de CCV/CHT au bloc OP
- c  Sortie du SMIA vers un autre service
- p  Sortie d'un service en épidémie vers un autre service du CHUV ou vers un autre établissement de soins
- c  Autre: .....

**Recherche de VRE (entérocoques résistants à la vancomycine)**

**Prélèvement:**

- Frottis rectal
- Selles
- Autre: .....

**Indication:**

- c  Alerte Algerme
- c  Transfert ou séjour dans un établissement de soins étranger ou à risque, enfant d'un programme humanitaire: .....
- c  Voisin de chambre/box du patient IPP: .....
- c  Dépistage unité de soins
- c  2<sup>ème</sup> dépistage
- c  3<sup>ème</sup> dépistage

**Recherche de germes producteurs d'ESBL (bêta-lactamase à spectre étendu) ou de Carbapénémase**

**Prélèvement:**

- Frottis rectal
- Autre: .....

**Indication:**

- c  Alerte Algerme
- c  Transfert ou séjour dans un établissement de soins étranger ou à risque, enfant d'un programme humanitaire: .....
- c  Voisin de chambre/box du patient IPP: .....
- c  Dépistage unité de soins
- c  Autre: .....

**Recherche d'un germe particulier (spécifier):** .....

**Prélèvement:**

- .....

**Indication:**

- c  .....

Nom Prénom



## Procédure d'échantillonnage: Respecter les mesures d'hygiène et de désinfection des mains

### Recherche de MRSA

eSwab 3 écouvillons: L'ordre de l'échantillonnage n'a pas d'importance. Il est cependant impératif d'utiliser l'écouvillon blanc (il contient des substances nécessaires à la stabilité du prélèvement).



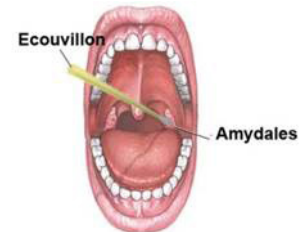
#### 1. Frottis de nez

- Écouvillonner les deux narines en tournant 3-4 fois l'écouvillon sur une profondeur maximum de 1-2 cm
- Casser l'écouvillon **au point de marquage** et le laisser dans le tube



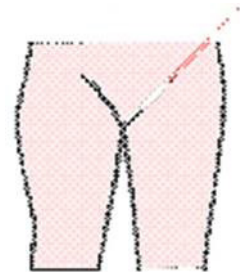
#### 2. Frottis de gorge

- Presser et tourner l'écouvillon contre les amygdales et le fond de la gorge.
- Casser l'écouvillon **au point de marquage** et le laisser dans le tube



#### 3. Frottis du pli de l'aîne

- Frotter les deux plis de l'aîne en tournant l'écouvillon. Attention à ne pas inclure des selles (peut causer des interférences avec le test)
- Casser l'écouvillon **au point de marquage** et le laisser dans le tube
- Bien fermer le tube** avec le capuchon à vis.



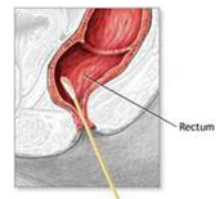
### Recherche de VRE, ESBL, carbapénémases

eSwab 1 écouvillon. Un seul frottis rectal est suffisant pour la recherche de VRE, ESBL, carbapénémases.



#### Frottis rectal

- Insérer l'écouvillon dans le rectum, tourner 2X et le retirer
- Insérer l'écouvillon dans le tube, le casser au point de marquage et le laisser dans le tube (il contient des substances nécessaires à la stabilité du prélèvement). Fermer le tube avec le capuchon.



### Recherche d'Acinetobacter (à spécifier sous Recherche de germe particulier)

*Ne concerne que le service de médecine intensive adulte (SMIA)*

Il est important d'utiliser un écouvillon sec par site de prélèvement

