ATTENTION: Zone grise obligatoire

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant
Université de Montréal
3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4642

Analyses du laboratoire de **PARASITOLOGIE**

Analyses du laboratoire de **PARASITOLOGIE**

Prélèvement demandé: Date: _____ Heure_____ ou Heure de tournée: 7h ☐ 11h ☐ 14h ☐ 17h ☐ 20h ☐ 00h ☐

Unité de Soins/Clinique : _____

MD Requérant : _____ # Licence : _____

Prélèvement fait: Date: _____ **Heure**_____

Prélevé par: _____

Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises

Identification du patient

Nom, Prénom :

Sexe : F ☐ M ☐

Dossier ou # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer carte

Renseignements cliniques: _____

☐ **Selles - diarrhée parasitaire (PCR)** (1 selle dans un pot stérile sans fixateur) PAPCR

Test de première ligne pour diarrhée d'origine parasitaire.

Parasites détectés: Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Dientamoeba fragilis et Cryptosporidium spp.

☐ **Selles - microscopie - 3 échantillons dans un milieu de transport SAF.**

Pour indications cliniques particulières ou recherche spécifique seulement (renseignement obligatoire) :

- ☐ Dépistage immigrant/réfugié
- ☐ Immunosupprimé
- ☐ Infection à helminthes suspectée
- ☐ Recommandé par un microbiologiste / infectiologue

Nom: _____

Dates et heures des trois prélèvements

#1 Date:_____ Heure: _____

#2 Date:_____ Heure: _____

#3 Date:_____ Heure: _____

☐ **Selles - recherches particulières**

- ☐ Cyclospora / Cystoisospora OK
- ☐ Microsporidies LSPQ

} Milieu de transport SAF

- ☐ Strongyloides (culture) STRON
- ☐ Différenciation Entamoeba histolytica/E. dispar

} SAF et pot stérile sans fixateur

☐ **Anus / Périanal**

- ☐ Oxyures (spatule adhésive) OXYU

☐ **Sang EDTA**

- ☐ Malaria PLAS
- ☐ Ehrlichia/Anaplasma GMSA
- ☐ Babesia GMSA
- ☐ Autre parasite sanguin : _____

} Pays visité : _____

- ☐ Toxoplasmose PCR T.GPC

☐ **Arthropodes/Tique/Ver** (Identification)

- ☐ Tique TIQUE
- ☐ Ver VERID
- ☐ Arthropodes ARTHR

Région d'aquisition : _____

Date de découverte : _____

Date d'extraction : _____

Région du corps : _____

☐ **Biopsie** (spécifier) :_____

- ☐ Leishmania
  - ☐ PCR LEISP
  - ☐ Culture LEISC
- ☐ Toxoplasmose PCR T.GPC
- ☐ Microfilaires
- ☐ Autre : _____

☐ **Oeil - Cornée**

- ☐ Acanthamoeba TDC

☐ **Oeil - Vitré**

- ☐ Toxoplasmose PCR T.GPC
- ☐ Autre : _____

☐ **Placenta**

- ☐ Toxoplasmose PCR T.GPC

☐ **Liquide amniotique**

- ☐ Autre : _____

☐ **Urine**

- ☐ Schistosoma PARAS (Collecte 4h)
- ☐ Toxoplasmose PCR T.GPC

Autre demande: Échantillon :_____ Analyse(s) : _____