

**DEMANDE D'ANALYSE :
PCR CHLAMYDIA TRACHOMATIS – NEISSERIA GONORRHOEAE :
DÉPISTAGE SUR POOL D'ÉCHANTILLONS**

Vignette d'identification ou à défaut :

NOM :

PRENOM :

Date de naissance : Sexe : M / F

N° registre national :

Adresse :

Code postal et localité :

N°GSM patient :

Médecin prescripteur :

N° INAMI :

Cachet :

Signature :

Numéro de téléphone :

Copie médecin traitant :

Date de prélèvement :

Remplissez le formulaire le plus complètement possible. L'identité du patient doit apparaître sur les échantillons.

POOL MST

PCR Chlamydia trachomatis + PCR Neisseria gonorrhoeae sur pool d'échantillons

Prélèvements à réaliser (cocher) :

- ☐ Urine de premier jet (+- 10ml, au moins 2h après la dernière miction) **OU** ☐ Frottis urétral (frottis eSwab orange)
- ☐ Frottis rectal (frottis eSwab rose)
- ☐ Frottis de gorge (frottis eSwab rose)
- ☐ Frottis vaginal (frottis eSwab rose)

Encodage laboratoire

- ! Encodage d'une seule demande pour l'ensemble des échantillons !
- **Encoder via le Touch-IT : « autres » → « Pool MST » → sélectionner les prélèvements reçus.**
- Les analyses « DEP_PCRCT » et « DEP_PCRNG » s'encodent automatiquement.