



EXAMENS DE MICROBIOLOGIE

BACTERIOLOGIE (hors ECU), MYCOLOGIE, PARASITOLOGIE

www.oxyb.fr

Tout prélèvement non identifié ne sera pas pris en charge

Prélèvement le :/...../..... àh..... Identité du préleveur :

Prescripteur : Date de la prescription :/...../.....

NOM DE NAISSANCE : Sexe : M F
 NOM D'USAGE : N° fixe :
 PRENOM : N° portable :
 DATE DE NAISSANCE :/...../..... (indispensable pour obtenir les résultats sur oxyb.fr)
 ADRESSE :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES (obligatoires)

Tableau clinique :

antibiothérapie : oui non instaurée le/..... arrêtée le/.....
 antibiotique(s) :

Conditions d'acheminement (délai, température) disponibles sur oxyb.manuelprelevement.fr

NATURE DU PRELEVEMENT

GENITAUX	SANG
<input type="checkbox"/> prél. vaginal <input type="checkbox"/> prél. urétral <input type="checkbox"/> prél. endocol <input type="checkbox"/> sperme grossesse : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> suspicion gonococcie	<input type="checkbox"/> hémoculture : <input type="checkbox"/> périphérique <input type="checkbox"/> cathéter :
RESPIRATOIRES	AUTRES
<input type="checkbox"/> expectoration <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> dilat. des bronches	<input type="checkbox"/> selles notion de voyage : <input type="checkbox"/> suspicion TIAC
ORL	<input type="checkbox"/> écouvillonnage localisation :
<input type="checkbox"/> prél. de gorge <input type="checkbox"/> pus d'otite <input type="checkbox"/> prél. oculaire <input type="checkbox"/> suspicion angine de Vincent	<input type="checkbox"/> autre :

Résultats : Laboratoire Internet (oxyb.fr) IDE Courrier

Accord du patient pour les examens non remboursés : OUI NON

Double au médecin traitant : Nom du médecin :



EXAMENS DE MICROBIOLOGIE

BACTERIOLOGIE (hors ECU), MYCOLOGIE, PARASITOLOGIE

www.oxyb.fr

Tout prélèvement non identifié ne sera pas pris en charge

Prélèvement le :/...../..... àh..... Identité du préleveur :

Prescripteur : Date de la prescription :/...../.....

NOM DE NAISSANCE : Sexe : M F
 NOM D'USAGE : N° fixe :
 PRENOM : N° portable :
 DATE DE NAISSANCE :/...../..... (indispensable pour obtenir les résultats sur oxyb.fr)
 ADRESSE :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES (obligatoires)

Tableau clinique :

antibiothérapie : oui non instaurée le/..... arrêtée le/.....
 antibiotique(s) :

Conditions d'acheminement (délai, température) disponibles sur oxyb.manuelprelevement.fr

NATURE DU PRELEVEMENT

GENITAUX	SANG
<input type="checkbox"/> prél. vaginal <input type="checkbox"/> prél. urétral <input type="checkbox"/> prél. endocol <input type="checkbox"/> sperme grossesse : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> suspicion gonococcie	<input type="checkbox"/> hémoculture : <input type="checkbox"/> périphérique <input type="checkbox"/> cathéter :
RESPIRATOIRES	AUTRES
<input type="checkbox"/> expectoration <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> dilat. des bronches	<input type="checkbox"/> selles notion de voyage : <input type="checkbox"/> suspicion TIAC
ORL	<input type="checkbox"/> écouvillonnage localisation :
<input type="checkbox"/> prél. de gorge <input type="checkbox"/> pus d'otite <input type="checkbox"/> prél. oculaire <input type="checkbox"/> suspicion angine de Vincent	<input type="checkbox"/> autre :

Résultats : Laboratoire Internet (oxyb.fr) IDE Courrier

Accord du patient pour les examens non remboursés : OUI NON

Double au médecin traitant : Nom du médecin :