CHU Saint-Étienne

HYGIENE BACTERIENNE - EAUX
LABORATOIRE - PAVILLON DE BIOLOGIE

* Mentions légales à fournir	Identification du patient
UF (*) ☐☐☐☐ Lieu de prélèvement	Nom **DIALYSE - CHU**
Établissement _____	Prénom **Service ou machine**
Libellé Service _____	
Prescripteur (nom et prénom) (*)	
Préleveur (nom et prénom) (*)	
Téléphone ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	
Copie à (UF) ☐☐☐☐	

Etiquette patient

zone réservée à la biologie

Date de prélèvement (*) ☐☐/☐☐/☐☐ **Heure de prélèvement (*)** ☐☐h☐☐

UN SEUL PRÉLÈVEMENT D'EAU PAR BON DE DEMANDE

Indication de la demande

☐ Programmée ☐ NON programmée ☐ Contrôle ☐ Epidémie

Moment de la réalisation du prélèvement

☐ 1 jet ☐ 2 jet ☐ Début ☐ Milieu ☐ ou fin de séance ☐ Après stockage

☐ **EAU DE DIALYSE (4825)** Origine (une seule case) :

36 ☐ Osmosée (250 ml)
50 ☐ Dialyse conventionnelle (250 ml)
47 ☐ Liquide de substitution (500 ml)
48 ☐ Dialysat ultrapur (100 ml)
49 ☐ Hémodiafiltration (1 L)

6 ☐ Départ boucle
26 ☐ Retour boucle
35 ☐ Alimentation
32 ☐ Avant désinfection
33 ☐ Après désinfection
34 ☐ Eau de réseau

☐ **+** Dosage d'endotoxine (4827)

☐ **DOSAGE D'ENDOTOXINE demandé seul (4826)**

Numéro Pièce ou Matériel ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 9

Autre origine ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Autre localisation ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

A utiliser le moins possible

Renseigner **UN** type d'eau ☐ et **UN**E origine ☐ et **UN**E indication de demande ☐

et éventuellement

une localisation, un numéro de pièce ou d'endoscope, une température ☐

Si **autre** est coché : renseigner la nature de l'origine et/ou de la localisation,