

<p>* Mentions légales à fournir</p> <p>Etablissement: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Code postal: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></span></p> <p>Ville: _____</p> <p>Prescripteur (nom et prénom) (*): _____</p> <p>Préleveur (nom et prénom) (*): _____</p> <p>Téléphone: _____</p>	<p>Identification du patient</p> <p>Nom <b>EAU LÉGIONELLE</b></p> <p>Prénom <b>EXT-HYG</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative; margin-top: 10px;"> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); opacity: 0.5;">Etiquette patient</div> <div style="position: absolute; right: 10px; top: 50%; transform: translateY(-50%); writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-size: 8px;">zone réservée à la biologie</div> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">UF</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Lieu de prélèvement</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Copie à (UF)</td> <td></td> </tr> </table>	UF		Lieu de prélèvement		Copie à (UF)	
UF							
Lieu de prélèvement							
Copie à (UF)							

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

**UN SEUL PRÉLÈVEMENT D'EAU PAR BON DE DEMANDE**

Indication de la demande	<input type="checkbox"/> Programmée	<input type="checkbox"/> NON programmée	
Moment de la réalisation	<b>Point technique après purge (4821)</b>	<b>Point d'usage après purge (4820)</b>	<b>Contrôle d'exposition 1er jet (4822)</b>
Volume	500 mL	500 mL	1 Litre
Type d'eau prélevée	<input type="checkbox"/> Eau chaude <input type="checkbox"/> Eau froide		
Type de robinet	<input type="checkbox"/> Mélangeur <input type="checkbox"/> Mitigeur	<input type="checkbox"/> Poussoir Cellule	<input type="checkbox"/> Vanne Piquage <input type="checkbox"/> Autre _____
Mitigeage	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Non connu
Démontage (mousseur, brise-jet...) avant échantillonnage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<del> </del>	
Désinfection du point d'échantillonnage	<input type="checkbox"/> Lingettes D/D <input type="checkbox"/> Javel <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Chalumeau <input type="checkbox"/> non réalisé	<del> </del>	
Date du dernier traitement choc réalisé	Date _____		
Temps pour obtenir température stabilisée	_____ minutes		
Température de l'eau	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px;"></span> , <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px;"></span>		

**Numéro LOCAL ou matériel**

<p>Localisation</p> <p><b>cocher une seule case</b></p>	<p>SDB <input type="checkbox"/> Salle de bains</p> <p>cha <input type="checkbox"/> Chambre</p> <p>cou <input type="checkbox"/> Couloir</p> <p>ves <input type="checkbox"/> Vestiaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre: _____</p>	<p>cui <input type="checkbox"/> Cuisine</p> <p>lrc <input type="checkbox"/> Local technique</p> <p>off <input type="checkbox"/> Office</p>	<p>pan <input type="checkbox"/> Salle pansement/consultation</p> <p>sal <input type="checkbox"/> Salle de soins</p> <p>net <input type="checkbox"/> Salle de nettoyage</p>
---	---	--	--

<p>Origine</p> <p><b>cocher une seule case</b></p>	<p>8 <input type="checkbox"/> Douche</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Douchette</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Ballon</p> <p><input type="checkbox"/> Autre: _____</p>	<p>26 <input type="checkbox"/> Boucle, retour</p> <p>23 <input type="checkbox"/> Jet dentaire (eau froide)</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Boucle, départ</p>	<p>24 <input type="checkbox"/> Poste lavage mains</p> <p>22 <input type="checkbox"/> Jeux d'eau</p>
--	--	---	---