CLERMONT-FERRAND

HYGIENE HOSPITALIERE
version 1 GLIMS

Tél : 04 73 75 17 91

NOM
PRENOM
DATE DE NAISSANCE

ETIQUETTE PATIENT

Laboratoire

ETIQUETTE UF

Nom du prescripteur:

RESERVE AU LABORATOIRE

Nom du préleveur:

DATE DE PRELEVEMENT ☐☐ ☐☐ ☐☐

HEURE DE PRELEVEMENT ☐☐ ☐☐

Toujours utiliser un stylo à bille noir ou bleu, pas de feutre ni couleur verte, rouge, turquoise etc. Pour date et heure remplir toutes les cases. Pas de chiffre romain.

PRELEVEMENTS DE SURFACE

Type de prélèvement : ☐ Géloses contact ☐ Ecouvillons
Recherche de : ☐ Bactérie ☐ Champignon ☐ Salmonelle ☐ Listeria

Localisation du prélèvement : .....
Secteur protégé : ☐ OUI ☐ NON Hors activité humaine : ☐ OUI ☐ NON Après bionettoyage : ☐ OUI ☐ NON

☐ Site de prélèvement 1 : .....
☐ Site de prélèvement 2 : .....
☐ Site de prélèvement 3 : .....
☐ Site de prélèvement 4 : .....
☐ Site de prélèvement 5 : .....
☐ Site de prélèvement 6 : .....
☐ Site de prélèvement 7 : .....
☐ Site de prélèvement 8 : .....
☐ Site de prélèvement 9 : .....
☐ Site de prélèvement 10 : .....

CATHETER (prélevé par Gélose Contact)

☐ Type de cathéter : .....
☐ Site du cathéter : .....

EAU BACTERIOLOGIQUEMENT MAITRISEE

Localisation du prélèvement : .....

Nature : ☐ Auge ☐ Lavabo ☐ Douche ☐ Evier
☐ Autre : .....

Mode de traitement : ☐ Filtration ☐ Chlore
☐ UV ☐ Choc thermique

Type de filtre : ☐ SOGOBA ☐ Boucle automatique
☐ Pall Aquasafe AQ31F1 (UU*) ☐ Pall Aquasafe AQF4 (UU*)
☐ Anios Filtranios PS 1000 (réutilsable) * UU : usage unique

Traitement du filtre si réutilisable : ☐ Javel ☐ Autoclave
☐ Nombre de traitement : .....

N° du filtre : .....
Durée d'utilisation du filtre : .....

EAU POUR SOINS DENTAIRES

Localisation du point d'eau : .....

☐ Nature du point 1 : .....
☐ Nature du point 2 : .....

LIQUIDES DIVERS

Nature du liquide : .....

EAU DE FOND DE CUVE DE LAVE-ENDOSCOPE

☐ Lave-endoscope : .....

LIQUIDE DE RINCAGE D'ENDOSCOPE

☐ Gastroscope ☐ Coloscope ☐ Duodénoscope
☐ Echoendoscope : ☐ Digestif ☐ Bronchique
☐ Bronchoscope ☐ Cystoscope ☐ Urétéroscope
☐ Autre : .....

☐ Marque de l'appareil : .....

☐ Modèle/N° de l'appareil : .....

☐ N° de série: .....

☐ Durée du stockage : ..... ☐ Date du dernier traitement : .....

Renseignements complémentaires :

CHARIOT THERMIQUE

☐ Chariot thermique : ☐ N°1 ☐ N°3
☐ N°2 ☐ N°4

☐ Mode de désinfection : .....

MYCOBACTERIES ATYPIQUES DANS L'EAU

Nature de l'eau : ☐ Eau bactériologiquement maitrisée
☐ Chariot thermique ☐ Lave-endoscope
☐ Autre : .....

Renseignements complémentaires :

Renseignements complémentaires :

ETIQUETTE PATIENT
OU
ETIQUETTE DONNEUR

CONTROLES DE STERILITE

Merci de ne mettre qu'un seul prélèvement par feuille de demande

☐ Liquide de conservation : ☐ Rein ☐ Coeur
☐ Foie (liquide de conservation) ☐ Foie (liquide de rinçage)
☐ Artère ☐ Valve
☐ Cornée + collerette
☐ Autre : .....

ETIQUETTE RECEVEUR

☐ N° du greffon (ex N° CRISTAL) : .....

☐ Produits de Thérapie Celullaire : .....

Renseignements complémentaires :

COLLER ICI
ETIQUETTE PRODUIT pour :
Produit de Thérapie Cellulaire
Cornée
Artère/Valve

LAIT MATERNEL

Date de prélèvement : ..... Heure de prélèvement : .....

Lieu de prélèvement : ☐ Domicile ☐ Service

Renseignements complémentaires :

BIBERONS

Préparation : .....

Date de préparation : .....

Renseignements complémentaires :

PRELEVEMENT D'AIR MICROBIEN

Localisation :

Service : ☐ Hémato adulte protégé ☐ Hémato adulte classique ☐ SHOP

Lieux : ☐ Chambre ISO 5 : ..... ☐ Chambre ISO 7 : ..... ☐ Chambre ISO 8 : .....
☐ Chambre : ..... ☐ Salle de bain : ..... ☐ Salle de soin : .....
☐ Couloir : ..... ☐ Salle de décontamination : ..... ☐ Salle multimédia
☐ Salle de jeux ☐ Salle de classe

CBA : ☐ Labo L1 ☐ Sas L1L2 ZB ☐ Sas L1L2 ZG ☐ Labo L2
☐ Labo L3 ☐ Sas L3 ZG ☐ Sas L3 bis ZG ☐ Labo L4 ☐ Sas L4

☐ Bloc à flux laminaire : ..... ☐ Bloc à flux turbulent : .....
☐ Bloc sans traitement d'air : ..... ☐ Salle interventionelle : .....
☐ Stérilisation : .....
☐ Pharmacie : .....
☐ PSM : ☐ Localisation : ..... ☐ Type : .....
☐ N° série : ..... ☐ N° inventaire CHU : .....
☐ Autre lieu : .....
Occupation: ☐ Repos ☐ Activité ☐ Activité simulée

Air microbien :

Secteur protégé : ☐ OUI ☐ NON Hors activité humaine: ☐ OUI ☐ NON Après bionettoyage ☐ OUI ☐ NON
Microorganismes recherchés : ☐ Bactéries ☐ Champignons ☐ Bactéries + Champignons

RECHERCHE MICROBIENNE

Nature du prélèvement : .....

Microorganisme recherché : .....

IDENTIFICATION DE SOUCHE MICROBIENNE

Nature du prélèvement : .....

Souche à identifier : ☐ Bactérie ☐ Champignon

Réservé au laboratoire
Non conformité :