

**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.