

**DONNEES OBLIGATOIRES**

PATIENT *et/ou étiquette patient*

Nom usuel : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Sexe : M – F  
Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
N° sécurité sociale : .....

PRESCRIPTEUR *et/ou cachet prescripteur*

Nom : .....  
Prénom : .....  
Etablissement ou service : .....  
Adresse : .....  
N° téléphone : .....

ANALYSES DEMANDEES

**Choix du panel d'antigènes** (prévoir 1 mL de sérum par panel) :

Poumon de fermier (panel 1)   
Poumon domestique (panel 1)   
Poumon d'éleveur d'oiseaux   
Autre (préciser l'exposition suspectée) :  .....  
Analyse microbiologique et antigène à la carte  .....

**Panels complémentaires, après négativité des panels 1 :**

Poumon de fermier (panel 2)   
Poumon domestique (panel 2)

PRELEVEMENT

Nature de prélèvement : **sérum (tube sec décanté)**  **ou avec séparateur centrifugé**

Date et heure du prélèvement : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

Préleveur (nom, prénom, qualité) : .....

Conditions de transport de l'échantillon : **entre +2° et +8°C**

Délai maximum d'acheminement de l'échantillon au laboratoire : **7 jours**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Fumeur actuel  Non-fumeur  Profession : .....

Principaux renseignements cliniques : .....

Le malade a bénéficié (examen effectué ou prévu) d'un scanner  d'un LBA

RESULTATS A ADRESSER AU

Laboratoire  Prescripteur médical  Patient

Autre : .....

Centre Hospitalier Universitaire de Besançon – PC Bio

Hôpital Jean Minjot, Boulevard Fleming – 25030 BESANCON CEDEX Tél. : 03.70.63.23.50

E-mail : [parasitologie@chu-besancon.fr](mailto:parasitologie@chu-besancon.fr)