BIO MED 21

PRELEVEMENT BACTERIO/MYCO APPORTE AU LABORATOIRE

Nom de naissance * : Mme ☐ Mlle ☐ Mr ☐ Enfant fille ☐ Enfant garçon ☐

Nom usuel * : **Prénom** * : **Date de naissance** * :

Adresse : **Téléphone :**

Prescripteur : **Absence d'ordonnance :** ☐

Date de prélèvement : **Heure de prélèvement** * : **Préleveur :**

Il est conseillé de réaliser le prélèvement à distance de tout traitement antibiotique ou antimycosique (arrêt depuis 2j) et d'éviter toute application locale (crème, gels, …) dans les 24h qui précèdent l'examen.

Traitement : **Antibiotique** ☐ en cours : oui ☐ non ☐ ou arrêté depuis …… voie orale ☐ locale ☐
Antimycosique ☐ en cours : oui ☐ non ☐ ou arrêté depuis …… voie orale ☐ locale ☐

Prélèvement vaginal : *1 écouvillon e-Swab® bouchon rose (comporte PV +/- Mycoplasmes +/- Chlamydia/Gonocoque)*

Il est conseillé de réaliser le prélèvement à distance de tout traitement local (ovule, crème, …) (arrêt depuis 2 jours)

Contexte : grossesse en cours ☐ stérilet ☐ contrôle après traitement ☐ suspicion MST ☐ période de règles ☐

Renseignements cliniques : saignements ☐ démangeaisons ☐ pertes malodorantes ☐ Autre : ……

Prélèvement de peau / pus : *(1 écouvillon Transwab® bouchon violet)* Site de prélèvement : Aspect :

Type de lésion : superficielle ☐ profonde ☐ Renseignements cliniques :

Plaie cutanée ☐ plaie de morsure ☐ ulcère ☐ escarre ☐ stomie ☐ écoulement spontané ☐ produit de drainage ☐ plaie de site opératoire ☐

Mycologie : Site de prélèvement : Renseignements cliniques :

Liquide de ponction : Site de prélèvement : Contexte : Fièvre ☐ Corticoïdes ☐

Antécédents : opération ☐ ponction ☐ injection ☐ arthrographie ☐ prothèse ☐

(*) Informations obligatoires

La version informatique fait foi