

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

**Nom de naissance :**

**Nom marital :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Date et heure du recueil :**

Réalisé au laboratoire

Prélèvement réalisé par le médecin ou la sage-femme

**PRECONISATIONS Délais d'acheminement au laboratoire :**

**Sur milieu AMIES : dans les 48 heures (conservation à T° ambiante) mais 24 heures pour la recherche de gonocoque.**

Protocole de prélèvement : voir manuel de prélèvement

Mycoplasme (uniquement sur prescription)

Recherche de germes particuliers : .....  
(à noter sur le processus dégradé)

Chlamydiae : \* ***pensez à la rajouter si ce n'est pas prescrit (en dehors de la grossesse) la recherche de Chlamydiae qui est à l'initiative du Biologiste à la NABM***

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

CONTEXTE CLINIQUE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
<b>Grossesse</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Fièvre* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si grossesse :	Pertes vaginales d'abondance anormale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Dépistage classique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Odeur anormale des pertes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Menace accouchement prématuré <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Col inflammatoire * <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Post accouchement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Douleurs abdominales* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Bilan MST * :</b>	Sécheresse vaginale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Bilan de prévention <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Présence d'un dispositif intra-utérin (DIU) = Suspicion infection <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Notion d'exposition ou partenaire dépisté positif <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	recherche d'anaérobie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Contrôle post traitement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>(A communiquer sur le processus dégradé)</b>
<b>Bilan PMA * <input type="checkbox"/>oui <input type="checkbox"/>non</b>	Traitement antibiotique en cours <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Ménopause <input type="checkbox"/>oui <input type="checkbox"/>non</b>	Si oui, lequel ? Posologie et durée : .....
	Antibiotiques à prendre après le prélèvement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si oui, lequel ? Posologie et durée : .....
	Autres : .....