

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

**Nom de naissance :**

**Nom marital :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Date et heure du prélèvement :**

**ORIGINE DU PRELEVEMENT :**

<input type="checkbox"/> Gorge	<input type="checkbox"/> Médecine du travail	<input type="checkbox"/> Prélèvement urétral
<input type="checkbox"/> Oreille	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite	Bilan PMA <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Œil	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite	Bilan MST <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Lentilles oculaires		Urétrite aigue <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Langue		Urétrite chronique ou récidivante <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Médecine du travail <input type="checkbox"/> Pré opératoire		Contrôle après traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Dépistage de grippe écouvillonnage naso pharyngé		si oui, lequel : .....
		<u>Micro organisme en contrôle post traitement :</u>
		<input type="checkbox"/> Mycoplasme <input type="checkbox"/> Chlamydiae <input type="checkbox"/> gonocoque PCR
		<input type="checkbox"/> Stérilet

**Hémoculture**

**Heure de prélèvement :** .....

**Température :** .....

**Voie centrale**

**Voie périphérique**

**Nombre de paires transmises :** .....

**Liquide de ponction :**

**Localisation** ..... **Heure de prélèvement :** .....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

Écoulement purulent :  oui  non

Fièvre :  oui  non

Autres : .....

Antibiothérapie en cours :  oui  non si oui, lequel : .....

Si non, devez-vous en débiter un après ce prélèvement ?  oui  non si oui, lequel : .....

**Recherche d'anaérobie :**  oui  non

(A communiquer sur le processus dégradé)

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

**Sur milieu AMIES :** le plus tôt possible, délais **MAXIMUM** 48 h T°C ambiante sauf Urétral 24 h

**HEMOCULTURE 48 heures T° ambiante**

**Liquide de ponction /stérilet dans les 2H**