IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance : **Nom marital :**
Prénom :
Date de naissance :

Date et heure du prélèvement :

ORIGINE DU PRELEVEMENT :

☐ Gorge ☐ Médecine du travail

☐ Oreille ☐ gauche ☐ droite

☐ Œil ☐ gauche ☐ droite

☐ Lentilles oculaires

☐ Langue

☐ Nez ☐ Médecine du travail ☐ Pré opératoire

☐ Dépistage de grippe écouvillonnage naso pharyngé

☐ Prélèvement urétral
Bilan PMA ☐ oui ☐ non
Bilan MST ☐ oui ☐ non
Urétrite aigue ☐ oui ☐ non
Urétrite chronique ou récidivante ☐ oui ☐ non
Contrôle après traitement : ☐ oui ☐ non
si oui, lequel :……

Micro organisme en contrôle post traitement :
☐ Mycoplasme ☐ Chlamydiae ☐ gonocoque PCR

☐ Stérilet

☐ **Hémoculture** **Heure de prélèvement : …….** **Température : …….**
Voie centrale ☐ **Voie périphérique** ☐

Nombre de paires transmises : ……
Nb. chez enfant de moins de 40 kg, contacter le plateau de bactériologie pour adapter les volumes de remplissages des flacons ».

☐ **Liquide de ponction : Localisation …….. Heure de prélèvement : …….**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Ecoulement purulent : ☐ oui ☐ non

Fièvre : ☐ oui ☐ non
Autres : ……
……..
……...
Antibiothérapie en cours : ☐ oui ☐ non si oui, lequel : ……..

Si non, devez-vous en débuter 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 36 heures T°ambiante **Liquide de ponction /stérilet dans les 2H**