

Merci de remplir soigneusement cette fiche.
 Les renseignements demandés sont obligatoires
 pour une bonne interprétation du résultat.

Dans le cas des prélèvements déposés par le Préleveur, merci
 de préciser pour la patiente :

Adresse:
 N° de téléphone:
 N° de SS:
 Mutuelle:

Nom : Nom de jeune fille : Prénom (s) : Date de naissance :/...../.....

Signes cliniques:

- Leucorrhées (écoulements)
 Aspect : _____ Odeur : _____
 Démangeaisons, irritation
 Douleurs génitales
 Métrorragies
 Douleurs abdominales
 Infections urinaires/vaginales à répétition
 Fièvre
 Lésions vulvaires : _____

Contexte clinique:

- Bilan IST
 Pose de stérilet
 Grossesse
 Risque d'accouchement prématuré
 Allergie aux pénicillines (pour strepto B)
 Autre : _____




Traitement antimicrobien en cours ou <5j :

Si OUI, lequel :

OUI NON
 Depuis quand :/...../.....

Attention ! Pour contrôle *Chlamydia, M. genitalium* - respecter idéalement 6 sem. après arrêt du traitement

PRELEVEMENT: Nom du préleveur: Echantillon prélevé le/...../..... àh.....

Recherche de	Consignes de prélèvement	Cocher	Délai d'acheminement laboratoire (15-25°C)	Écouvillon
Germes banaux - vaginose, mycose, vaginite	Vagin (cul de sac postérieur) et col utérin Auto-prélèvement possible	<input type="checkbox"/>	24 heures	eSwab 
<ul style="list-style-type: none"> <i>Chlamydia trachomatis</i>, gonocoque, <i>Trichomonas</i> <i>Mycoplasma genitalium</i> recherché par défaut mais rendu uniquement <ul style="list-style-type: none"> en présence de symptômes ou si partenaire sexuel infecté ou si contrôle microbiologique post-traitement 		<input type="checkbox"/>	24 heures	
Streptocoque B seul	Écouvillonnage du tiers inférieur du Vagin (+ si possible écouvillonnage rectal) Auto-prélèvement possible	<input type="checkbox"/>	24 heures	M4RT ou autre milieu de transport viral 
<i>Herpes simplex</i> (HSV)	Lésions suspectes	<input type="checkbox"/>	24 heures	
HPV et Frottis cervico-vaginaux	Endo et exocol - cytobrosse	<input type="checkbox"/>	48 heures	PreservCyt 

Après le prélèvement, casser l'écouvillon dans le milieu de transport. Revisser fermement le bouchon.

Merci de bien identifier chaque flacon : NOM, PRENOM et DATE DE NAISSANCE de la patiente + Site de prélèvement (vaginal, endocol).
 Placer les tubes identifiés dans un sachet scellé

Documents à joindre impérativement ! ORDONNANCE + Cette FICHE DE RENSEIGNEMENTS complétée



RESERVE AU LABORATOIRE : RECEPTION DES ECHANTILLONS

Prélèvement conforme ? OUI NON

Si NC, pourquoi ? délai, tube, manque renseignements, autre.....+ saisir une fiche de NC

Visa :