



**Fiche de renseignements
Prélèvements bactériologiques
transmis**

Coller étiquette
GED

Nom : **Prénom :**
Date de naissance :/...../..... **Sexe :** H F
 Adresse :
Téléphone :Prescripteur :
 Médecin traitant :

Date du prélèvement :/...../..... **Heure du prélèvement :**H.....
 A transmettre le plus rapidement possible au laboratoire et idéalement le jour même.
NB : Pour la recherche d'Herpes, milieu spécifique requis (prélèvement à effectuer au laboratoire)

Nature et localisation du prélèvement :

Site du prélèvement : _____
 plaie notion de morsure ulcère escarre
 lésion cutanée
 cicatrice chirurgicale (sans matériel) cicatrice chirurgicale (avec matériel)
 otorrhée sécrétions nasales autre : _____

Traitement :

Traitement antibiotique ou antifongique dans les 7 derniers jours précédant le prélèvement ?
 non oui, si oui, lequel :
 Date de prise : du/...../..... au/...../.....
 Traitement prévu après le prélèvement ?
 non oui, si oui, lequel :

Signes cliniques :

fièvre écoulement douleur inflammation

Contexte clinique :

diabète suivi oncologique immunosuppresseur
 voyage récent à l'étranger : _____ autre : _____

Réservé au laboratoire

Heure de réception :
 Ecouvillon avec milieu de transport sans milieu de transport
 Prélèvement conforme : oui non Dérogation : oui non



**Fiche de renseignements
Prélèvements bactériologiques
transmis**

Coller étiquette
GED

Nom : **Prénom :**
Date de naissance :/...../..... **Sexe :** H F
 Adresse :
Téléphone :Prescripteur :
 Médecin traitant :

Date du prélèvement :/...../..... **Heure du prélèvement :**H.....
 A transmettre le plus rapidement possible au laboratoire et idéalement le jour même.
NB : Pour la recherche d'Herpes, milieu spécifique requis (prélèvement à effectuer au laboratoire)

Nature et localisation du prélèvement :

Site du prélèvement : _____
 plaie notion de morsure ulcère escarre
 lésion cutanée
 cicatrice chirurgicale (sans matériel) cicatrice chirurgicale (avec matériel)
 otorrhée sécrétions nasales autre : _____

Traitement :

Traitement antibiotique ou antifongique dans les 7 derniers jours précédant le prélèvement ?
 non oui, si oui, lequel :
 Date de prise : du/...../..... au/...../.....
 Traitement prévu après le prélèvement ?
 non oui, si oui, lequel :

Signes cliniques :

fièvre écoulement douleur inflammation

Contexte clinique :

diabète suivi oncologique immunosuppresseur
 voyage récent à l'étranger : _____ autre : _____

Réservé au laboratoire

Heure de réception :
 Ecouvillon avec milieu de transport sans milieu de transport
 Prélèvement conforme : oui non Dérogation : oui non