
	Fiche de renseignements PV transmis	Coller étiquette GED
Nom : Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F Adresse : Téléphone : Prescripteur : Médecin traitant :		
Date du prélèvement :/...../..... Heure du prélèvement :H..... Site du prélèvement : <input type="checkbox"/> vagin <input type="checkbox"/> col <input type="checkbox"/> cervico-vaginal <input type="checkbox"/> vulve NB : Pour la recherche de Chlamydiae et Mycoplasmes, milieux spécifiques requis		
Renseignements cliniques :		
Ces notions seront prises en compte pour l'interprétation et la validation biologique des résultats : Date des dernières règles :/...../..... Femme enceinte : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, terme : Ménopause : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Rapport à risques Stérilet : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> chirurgie gynéco récente Contrôle avant : <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> TEC <input type="checkbox"/> accouchement récent		
Traitement :		
Traitement antibiotique ou antifongique dans les 7 derniers jours avant d'effectuer le prélèvement ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, si oui, lequel : Date de prise : du/...../..... au/...../..... Traitement prévu après le prélèvement ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, si oui, lequel :		
Signes cliniques :		
<input type="checkbox"/> leucorrhées <input type="checkbox"/> démangeaisons <input type="checkbox"/> dyspareunies <input type="checkbox"/> fièvre <input type="checkbox"/> douleurs pelviennes..... <input type="checkbox"/> autre : <input type="checkbox"/> suspicion d'endométrite		
Examen clinique :		
Leucorrhées : <input type="checkbox"/> peu abondantes <input type="checkbox"/> assez abondantes <input type="checkbox"/> abondantes Aspect du col : <input type="checkbox"/> non inflammatoire <input type="checkbox"/> modérément inflammatoire <input type="checkbox"/> inflammatoire		
Autres remarques :		
Réservé au laboratoire : Heure de réception : Prélèvement conforme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Dérivation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

	Fiche de renseignements PV transmis	Coller étiquette GED
Nom : Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F Adresse : Téléphone : Prescripteur : Médecin traitant :		
Date du prélèvement :/...../..... Heure du prélèvement :H..... Site du prélèvement : <input type="checkbox"/> vagin <input type="checkbox"/> col <input type="checkbox"/> cervico-vaginal <input type="checkbox"/> vulve NB : Pour la recherche de Chlamydiae et Mycoplasmes, milieux spécifiques requis		
Renseignements cliniques :		
Ces notions seront prises en compte pour l'interprétation et la validation biologique des résultats : Date des dernières règles :/...../..... Femme enceinte : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, terme : Ménopause : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Rapport à risques Stérilet : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> chirurgie gynéco récente Contrôle avant : <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> TEC <input type="checkbox"/> accouchement récent		
Traitement :		
Traitement antibiotique ou antifongique dans les 7 derniers jours avant d'effectuer le prélèvement ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, si oui, lequel : Date de prise : du/...../..... au/...../..... Traitement prévu après le prélèvement ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, si oui, lequel :		
Signes cliniques :		
<input type="checkbox"/> leucorrhées <input type="checkbox"/> démangeaisons <input type="checkbox"/> dyspareunies <input type="checkbox"/> fièvre <input type="checkbox"/> douleurs pelviennes..... <input type="checkbox"/> autre : <input type="checkbox"/> suspicion d'endométrite		
Examen clinique :		
Leucorrhées : <input type="checkbox"/> peu abondantes <input type="checkbox"/> assez abondantes <input type="checkbox"/> abondantes Aspect du col : <input type="checkbox"/> non inflammatoire <input type="checkbox"/> modérément inflammatoire <input type="checkbox"/> inflammatoire		
Autres remarques :		
Réservé au laboratoire : Heure de réception : Prélèvement conforme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Dérivation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		