

**SCAN dans SIL OK**

Nom du préleveur : .....

Date du prélèvement : .....

Heure du prélèvement : .....

Etiquette patient

<b>Grossesse en cours</b>	Nb de semaines d'aménorrhées : .....	<input type="checkbox"/> Absence de symptômes <input type="checkbox"/> Recherche portage Strepto B (SGB) <input type="checkbox"/> Rupture prématurées des membranes <b>Commentaires :</b>

<b>Prélèvement génital Femme ou Homme</b>	<input type="checkbox"/> Pas de symptômes <input type="checkbox"/> Pertes/ odeurs <input type="checkbox"/> Démangeaisons/Brûlures <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes <input type="checkbox"/> Présence d'un Stérilet <input type="checkbox"/> Écoulement urétral <input type="checkbox"/> Symptômes partenaire	<input type="checkbox"/> Traitement ATB/ antifongique récent (à préciser) <input type="checkbox"/> Bilan systématique IST <input type="checkbox"/> Contrôle après traitement (préciser svp) Si <b>spermoculture</b> préciser délai d'abstinence (2-7 j) :
	<b>Commentaires + contexte :</b>	

<b>Bactério divers</b>	<u><b>Description des signes cliniques + contexte :</b></u>
<b>Localisation :</b>	
	<b>Traitement ATB/Antifongique récent (à préciser) :</b>

<b>Mycologie Dermatophytes</b>	<input type="checkbox"/> Contact/animaux <input type="checkbox"/> Profession	<input type="checkbox"/> Cas dans l'entourage <input type="checkbox"/> Pratique sportive régulière
<b>Localisation :</b>	<b>Résultat WOOD (teigne, peau) :</b> Description et date de début de la lésion:	
	<b>Traitement antifongique récent (à préciser) :</b>	

**SCAN dans SIL OK**

Nom du préleveur : .....

Date du prélèvement : .....

Heure du prélèvement : .....

Etiquette patient

<b>Grossesse en cours</b>	Nb de semaines d'aménorrhées : .....	<input type="checkbox"/> Absence de symptômes <input type="checkbox"/> Recherche portage Strepto B (SGB) <input type="checkbox"/> Rupture prématurées des membranes <b>Commentaires :</b>

<b>Prélèvement génital Femme ou Homme</b>	<input type="checkbox"/> Pas de symptômes <input type="checkbox"/> Pertes/ Odeurs <input type="checkbox"/> Démangeaisons/Brûlures <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes <input type="checkbox"/> Présence d'un Stérilet <input type="checkbox"/> Écoulement urétral <input type="checkbox"/> Symptômes partenaire	<input type="checkbox"/> Traitement ATB/ antifongique récent (à préciser) <input type="checkbox"/> Bilan systématique IST <input type="checkbox"/> Contrôle après traitement (préciser svp) Si <b>spermoculture</b> préciser délai d'abstinence (2-7 j) :
	<b>Commentaires + contexte :</b>	

<b>Bactério divers</b>	<u><b>Description des signes cliniques + contexte :</b></u>
<b>Localisation :</b>	
	<b>Traitement ATB/Antifongique récent (à préciser) :</b>

<b>Mycologie Dermatophytes</b>	<input type="checkbox"/> Contact/animaux <input type="checkbox"/> Profession	<input type="checkbox"/> Cas dans l'entourage <input type="checkbox"/> Pratique sportive régulière
<b>Localisation :</b>	<b>Résultat WOOD (teigne, peau) :</b> Description et date de début de la lésion:	
	<b>Traitement antifongique récent (à préciser) :</b>	