



Fiche de renseignements :

Examen Cytobactériologique d'un crachat
A remplir par le préleveur

MU-ADP-DEN010

Version 03

Applicable le : 01/12/2020

Identité du patient (ou étiquette) :

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

DDN :

Préleveur :

Date de réalisation :

Heure de réalisation :

() au labo () en cabinet () en EDS

Le recueil des crachats doit être fait :

- à jeun et après un rinçage soigneux de la bouche
- après un effort de toux (si nécessaire aidé d'un kinésithérapeute)

La qualité du prélèvement conditionne la qualité de l'analyse et donc de vos résultats

Questionnaire à remplir :

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE - ANTIFONGIQUE

() aucun () en cours () prévu après le prélèvement () récent et terminé > 3 jours.

Nom de l'antibiotique, antifongique : _____

Date de début de traitement : _____ Date de fin de traitement : _____

INDICATIONS DE L'ANALYSE :

- () bilan systématique sans symptômes
- () contrôle après traitement antibiotique
- () présence de symptômes :
 - () toux () fièvre () difficultés respiratoires
 - () encombrement des bronches () sang dans les crachats () douleurs thoraciques

CONTEXTE :

- () **mucoviscidose** () maladie pulmonaire: BPCO, DDB () chimiothérapie
- () traitement par corticoïdes ou immunosuppresseurs ou infection HIV () diabète () asthme

ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE

Matériel reçu: () Flacon/pot stérile () Autre : _____ Reçu le : ___ / ___ / ___ A : ___ H ___	Echantillon conforme : () OUI () NON → NC pré-analytique	Aspect : () Salivaire () Muqueux () Purulent () Hématique	Examen myco associé? () OUI () NON	Transfert en SL solution au labo: Le ___ / ___ / ___ A ___ H ___ Initiales _____
---	--	--	--	---