



Fiche de renseignements: Prélèvements génétaux

MU-ADP-DEN011

Version 4

Applicable le : 28/01/2022

A remplir par le préleveur lors du prélèvement
ou par le patient en cas d'auto prélèvement

[[demNum]]
[[codeBarreDemande]]

NOM:

Prénom:

DDN:
(ou étiquette)

Préleveur:
Date de réalisation :
Heure de réalisation:

() au labo () à domicile () en cabinet () en EDS

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: _____

NATURE DU PRELEVEMENT:

() auto-prélèvement vaginal () vaginal () vulvaire () urètre () 1^{er} jet d'urines

() anal () cervico-vaginal () gland () sillon balano-préputial () sperme

() autre localisation : _____

Recherche de bactéries spécifiques: () Mycoplasmes () Chlamydiae

INDICATIONS DE L'ANALYSE :

() recherche d'une infection génitale :

() leucorrhées abondantes et/ou malodorantes () douleurs pelviennes () démangeaisons

() dyspareunie () sécheresse vaginale () écoulement urétral () troubles mictionnels

() bilan systématique sans symptômes (PMA, dépistages..)

() suspicion de prostatite

CONTEXTE : Grossesse: () OUI () NON **DDR :** _____

() ménopause () contraception () stérilet () rapport non protégé dans les 2 semaines

ALLERGIE à la PENICILLINE: () OUI () NON

OBSERVATIONS LORS DU PRELEVEMENT :

Leucorrhées:

() absentes () peu abondantes () abondantes () homogènes

() grumeleuses () sanglantes () verdâtres () blanchâtres

Écoulement urétral:

() absent () peu abondant () abondant

() clair () purulent

ZONE RESERVEE AU LABORATOIRE

Matériel reçu: () Eswab rose () Eswab bleu () autres _____

Date de réception au labo: _____ heure de réception: _____

Conformité échantillon : () OUI () NON → **NC pré-analytique**