



Préconisations patient auto-prélèvement vaginal

Protocole de prélèvement

Le prélèvement s'effectue sur **2 écouvillons** (**bouchon rouge** et **bouchon violet**) disponibles au laboratoire.

Nous vous remercions de respecter les recommandations suivantes :

- ✓ Le prélèvement sera réalisé, si possible, **avant de débuter un traitement antimicrobien** local ou général, à la phase aiguë de la maladie.
- ✓ Le prélèvement doit être réalisé **avant toute toilette intime.**
- ✓ Le prélèvement doit être réalisé **en dehors des périodes de règles.**
- ✓ Une **abstinence sexuelle de 24 - 48 h** est recommandée.

La technique de prélèvement est identique pour les 2 écouvillons.

- 1- Se **laver les mains.**
- 2- Lors de l'ouverture des kits de prélèvement, **ne pas toucher les embouts des écouvillons, ne pas poser les écouvillons sur une quelconque surface.**
- 3- **Prélèvement :**
Ecarter manuellement les grandes lèvres vulvaires et insérer l'écouvillon dans le vagin (environ 5 cm) et le faire tourner doucement pendant 10 à 30 secondes. S'assurer que l'écouvillon touche les parois du vagin.
- 4- Retirer l'écouvillon **sans toucher la peau.**
- 5- **Placer l'écouvillon dans le tube et rompre la tige au point rupture.** Laisser l'écouvillon restant dans le tube.
- 6- Identifier les tubes avec votre **nom, prénom et date de naissance.**
- 7- **Mettre les deux tubes dans le sachet, sceller le sachet,** mettre cette fiche complétée dans la pochette kangourou avec la prescription. **Apportez votre prélèvement au laboratoire le plus rapidement possible** (conservation à température ambiante inférieure à 24h).

Pour une prise en charge optimale de votre prélèvement, merci de compléter les renseignements administratifs et cliniques ci-dessous :

Renseignements administratifs

- **Nom** : ► **Prénom** :
- **Nom de Naissance** : ► **Date De Naissance** : / /
- **N° de Tél** : / / / /
- **Adresse** :
- **Transmission des résultats** :
- Mail → **Adresse mail** :
- Laboratoire Pharmacie, laquelle : Domicile
- **N° Sécurité Sociale** :
- Caisse** : **Centre** :
- **Nom de la Mutuelle** : **N° AMC / télétrans** :
- Numéro d'adhérent** : **Fin de droit** :

Renseignements cliniques et thérapeutiques

- **Date de prélèvement** : / / ► **Heure du prélèvement** : H
- Cocher :
- **Présentez-vous les signes suivants ?**
- Écoulement vaginal : Leucorrhée.
Préciser : Absence d'écoulement Écoulement peu abondant Écoulement abondant
- Démangeaisons : prurit.
- Saignements entre les règles : métrorragie.
- Autre :
- **Êtes-vous dans cette situation ?**
- Enceinte. Si oui, êtes-vous allergique à un antibiotique (Blactamines) ? OUI NON
- Prélèvement avant la pose d'un stérilet.
- Dépistage IST (infections sexuellement transmissibles).
- **Traitement antibiotique :**
- Traitement prévu : NON OUI, Lequel :
- Traitement en cours : NON OUI, Lequel :
- Contrôle après Traitement : NON OUI, Lequel :