

FICHE DE SUIVI DE PRELEVEMENT - EXPECTORATION

(Document complété à caractère confidentiel)

IDENTITE DU PATIENT

Mme/Melle/Mr : Prénom :	Résultats :
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> au laboratoire
Adresse :	<input type="checkbox"/> par la poste
.....	<input type="checkbox"/> internet: www.lxbio.fr
n° tél. : n° tél. portable :	Prescripteur :

Examen effectué en l'absence de prescription <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
n° sécurité sociale :
nom/prénom de l'assuré : date de naissance :
caisse principale : mutuelle : n° adhérent :

Veillez respecter ces instructions afin d'assurer la qualité et la fiabilité des résultats

Date et heure du prélèvement (impératif): / à hmin

PRELEVEMENT

- Préparer un flacon stérile **sans poudre** qui sera ouvert au dernier moment.
- Noter sur l'étiquette votre nom, votre prénom, votre date de naissance et la date du prélèvement.
- Réaliser le prélèvement de préférence **le matin à jeun**.
- **Se rincer la bouche avec de l'eau ou mieux faire un bain de bouche (Hextril, Eau de Botot...).**
- **Tousser pour cracher.** Ne pas cracher de la salive ou des mucosités naso-pharyngées. La toux peut demander un effort (le recours à une kinésithérapie peut être souhaitable).
- Recueillir le crachat.
- Le volume recueilli doit être au **minimum de 2 ml** (idéal 5ml) et en une seule fois.
- Acheminer le flacon au laboratoire **dans les 2 heures**.

CIRCONSTANCES DE L'ANALYSE (à compléter « éventuellement » avec le biologiste ou l'infirmière)

Vous prenez ou avez pris récemment des antibiotiques ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Nom de l'antibiotique :		
<input type="checkbox"/> Il est en cours depuis : <input type="checkbox"/> Il est arrêté depuis : <input type="checkbox"/> Il va être mis en route :		
Vous présentez des signes cliniques d'infection : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Quel diagnostic est évoqué ?		
<input type="checkbox"/> Pneumopathie aiguë	<input type="checkbox"/> Mucoviscidose	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en exacerbation		
<input type="checkbox"/> DDB (dilatation des bronches)	- Autres suppurations bronchiques : <input type="checkbox"/> Abscess pulmonaire <input type="checkbox"/> Pleurésie purulente	
Vous avez constaté une évolution récente des symptômes (dans le cadre d'une pathologie chronique (BCPO, DDB))		
-augmentation du volume de l'expectoration	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-augmentation de la dyspnée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-augmentation de la purulence de l'expectoration	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Pathologie pré-existante ou facteurs favorisants		
Dyspnée (essoufflement)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-Altération de l'état de conscience ou confusion <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-Toux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-Augmentation du rythme cardiaque (≥ 125 /min) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-Fièvre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-Augmentation du rythme respiratoire (> 30 /min) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-Asthénie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-Anorexie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-Frissons / fièvre <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres renseignements :		
	-hémocultures réalisées parallèlement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	-antigénurie <i>Legionella pneumophila</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	