

# 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"/> internet       |
| .....                               | (Renseigner email)                      |
| n° tél. : ..... Email : .....       | 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 ..... h .....min**

## 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

|  |   |
|--|---|
| Vous prenez ou avez pris récemment des <b>antibiotiques</b> ? <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 <b>des signes cliniques d'infection</b> : <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"/> Abscès pulmonaire <input type="checkbox"/> Pleurésie purulente |
| Dans un contexte de mucoviscidose : colonisation par <i>Pseudomonas aeruginosa</i> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnue |   |
| 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   |   |
| <b>Pathologie pré-existante ou facteurs favorisants</b>  |   |
| 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 ( $\geq 125$ /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   |   |