

FICHE DE SUIVI DE PRELEVEMENT :
Prélèvement oculaire
 (Document complété à caractère confidentiel)

Date et heure du recueil :

Préleveur :

IDENTITE DU PATIENT

Mme/Melle/Mr :	Prénom :	Résultats : <input type="checkbox"/> au laboratoire <input type="checkbox"/> internet <i>(Renseigner Email)</i> Prescripteur :
Date de naissance :	Adresse :	
.....	
n° tél / Port :	Email :	

Avez-vous une ordonnance (la joindre à cette fiche) OUI NON
 n° sécurité sociale :
 nom/prénom de l'assuré : date de naissance :
 caisse principale : mutuelle : n° adhérent :

CIRCONSTANCES DE L'ANALYSE

Le patient prend ou a pris récemment des **antibiotiques** (< 10 jours) ? OUI NON
 Traitement local Traitement par voie générale
 Nom de l'antibiotique :
 Il est en cours depuis : Il est arrêté depuis : Il va être mis en route :

Le patient présente **des signes cliniques d'infection** : OUI NON

-symptômes > 1 semaine oui non
 -port habituel de lentilles oui non

- **symptômes locaux**:

-atteinte bilatérale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-sensation de brûlure <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-rougeur oculaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-sensation de corps étranger <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-douleur oculaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-baisse de l'acuité visuelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-prurit oculaire (gêne) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-cercle péri-kératique (accentuation de la rougeur autour de la cornée) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-sécrétions purulentes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

(notion d'œil collé le matin)

- suspicion diagnostique : conjonctivite, blepharite, dacryocystite, orgelet, chalazion, kératite, ulcère de cornée...
 :

Cette analyse est réalisée **en dehors de signes cliniques d'infection**: OUI NON

- bilan pré-opératoire OUI NON
 - contrôle après traitement – préciser = OUI NON
 - autre circonstance, préciser :

PATHOLOGIE PRE-EXISTANTE ou FACTEURS FAVORISANTS

<input type="checkbox"/> immuno-dépression	<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> syndrome sec
<input type="checkbox"/> antécédents de conjonctivite infectieuse	<input type="checkbox"/> antécédents de chirurgie oculaire	
<input type="checkbox"/> traumatisme de l'œil	<input type="checkbox"/> conjonctivite allergique	
<input type="checkbox"/> autre :		