

FICHE DE SUIVI DE PRELEVEMENT :
Conduit auditif externe
(Document complété à caractère confidentiel)

Date et heure du recueil : Préleveur :

IDENTITE DU PATIENT

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

Avez-vous une ordonnance (la joindre à cette fiche) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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) ? <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 :	
Le patient présente des signes cliniques d'infection : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<u>Hypothèse diagnostique</u>	
-suspicion otite nécrosante externe <input type="checkbox"/>	
-suspicion infection du conduit auditif externe <input type="checkbox"/>	
-contrôle après traitement – préciser = <input type="checkbox"/>	
-autre circonstance, préciser :	
<u>Examen clinique :</u>	
Symptômes locaux	Signes généraux
-Baisse de l'audition <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Fièvre <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-Douleur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
-Otorrhée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
-Autre : préciser.....	
<u>Pathologie pré-existante ou facteurs favorisants :</u>	
<input type="checkbox"/> immuno-dépression	<input type="checkbox"/> diabète
<input type="checkbox"/> activités aquatiques intenses	<input type="checkbox"/> dermatite du CAE (conduit auditif externe)
<input type="checkbox"/> autre :	
Le patient ne présente pas de signes cliniques d'infection : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> Contrôle après traitement :	