

# FICHE DE SUIVI DE PRELEVEMENT :

## Bouche / langue

(Document complété à caractère confidentiel)

Date et heure du recueil : .....

Préleveur : .....

### IDENTITE DU PATIENT

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

Prélèvement à réaliser le matin, strictement à jeun et sans brossage dentaire ni bain de bouche préalable

### CIRCONSTANCES DE L'ANALYSE

Le patient prend ou a pris récemment des antibiotiques / <b>antifongiques</b> (< 10 jours) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Traitement local <input type="checkbox"/> (bain de bouche,...) Traitement par voie générale <input type="checkbox"/> Nom de l'antibiotique/antifongique : ..... <input type="checkbox"/> Il est en cours depuis : ..... <input type="checkbox"/> Il est arrêté depuis : ..... <input type="checkbox"/> Il va être mis en route : ..... Prise d'un cliché photographique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date d'apparition : ..... Notion de récurrence : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ..... Prélèvement antérieur : date : ..... localisation : ..... Résultat : ..... Localisation des lésions et du prélèvement: ..... Le patient présente <b>des signes cliniques d'infection</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - <u>symptômes locaux</u> : - Dépôts blanchâtres <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Brûlures <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Démangeaisons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Langue décapillée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Taches rouges <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Vésicules <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Langue noire villosité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Ulcérations <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Sécheresse buccale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - <u>signes généraux</u> : - Fièvre <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Perte de goût <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Gout métallique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - autre, préciser : ..... Hypothèse diagnostique : - perlèche (commisure des lèvres) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - muguet (paroi buccale) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - glossite (langue) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - autre, préciser : ..... Cette analyse est réalisée <b>en dehors de signes cliniques d'infection</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - Contrôle après traitement – préciser = ..... <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - Recherche d'un portage de Staphylococcus aureus <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - Recherche d'un portage de levures <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - autre, préciser : .....
--

### PATHOLOGIE PRE-EXISTANTE ou FACTEURS FAVORISANTS

<input type="checkbox"/> immuno-dépression <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> corticoïdes <input type="checkbox"/> grossesse <input type="checkbox"/> autre : .....
--