

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 <i>(Renseigner email)</i> 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 / antifongiques (< 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 des signes cliniques d'infection : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - <u>symptômes locaux</u> : - Dépôts blanchâtres <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Brulures <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 en dehors de signes cliniques d'infection : <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 :
--