

FICHE DE SUIVI DE PRELEVEMENT : Prélèvement urétral

(Document à caractère confidentiel)

Date et heure du recueil : identification du préleveur :

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 / Port : 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 :

CIRCONSTANCES DE L'ANALYSE

Le patient prend ou a pris récemment des antibiotiques (< 10 jours) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Traitement local · Traitement par voie générale ·
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
1 -diagnostic d'une IST <input type="checkbox"/>
2 -diagnostic d'une infection ou d'une inflammation génitale haute <input type="checkbox"/>
Cette analyse est réalisée en dehors de signes cliniques d'infection :
Il s'agit d'un bilan systématique dans le cadre d'un(e) partenaire contaminé(e) : <input type="checkbox"/>
Il s'agit d'un contrôle après traitement: <input type="checkbox"/> précisez nom de la bactérie recherchée.....
Autre (précisez) :

EXAMEN CLINIQUE

1 - <u>Écoulement méatique</u> :	3- <u>autres symptômes ou éléments cliniques</u> :
spontané <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Ganglions lymphatiques inguinaux <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
(en dehors des mictions)	Ulcérations génitales associées <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
abondant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prostatite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
purulent <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Epididymite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Liquide clair <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Arthralgies <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
seulement matinal <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Conjonctivite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Pharyngite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2- <u>symptômes urétraux</u> :	Fièvre <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Brûlures mictionnelles · oui · non	
Prurit canalaire · oui · non	

ANALYSES CONCOMITANTES

Localisations : <input type="checkbox"/> Sillon-balano-préputial/Gland	Aspect des lésions :
<input type="checkbox"/> Prélèvement vaginal/vulvaire	Aspect des lésions :
<input type="checkbox"/> Urines premier jet	

MODALITES DU PRELEVEMENT

Le prélèvement est conforme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nombre d'écouvillons prélevés :