

# 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 <b>antibiotiques</b> (< 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 <b>des signes cliniques d'infection</b> : <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 <b>en dehors de signes cliniques d'infection</b> :
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 : .....