

# FICHE DE SUIVI DE PRELEVEMENT : Prélèvement vaginal

(Document à caractère confidentiel)

Date et heure du recueil : ..... Identification du préleveur : .....

## IDENTITE DU PATIENT

Mme/Melle : ..... Prénom : .....	Résultats :
Date de naissance : .....	• au laboratoire
Adresse : .....	• Internet
.....	(Renseigner Email)
n° tél / Port : ..... Email : .....	Prescripteur : .....

Examen effectué en l'absence de prescription • OUI • NON  
n° sécurité sociale : .....  
nom/prénom de l'assuré : ..... date de naissance : .....  
caisse principale : ..... mutuelle : ..... n° adhérent : .....

## La patiente n'est PAS enceinte

## CIRCONSTANCES DE L'ANALYSE

La patiente prend ou a pris récemment des **antibiotiques** (< 10 jours) ? • OUI • NON  
Traitement local • Traitement par voie générale •  
Nom de l'antibiotique : .....  
Il est en cours depuis : ..... • Il est arrêté depuis : ..... • Il va être mis en route : •  
Présence d'un stérilet : • OUI • NON  
La patiente présente **des signes cliniques d'infection** : • OUI • NON  
pertes • prurit • brûlures • dyspareunie •  
Autre : .....  
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 sexuel contaminé(e) : •  
Il s'agit d'un bilan systématique d'IST : •  
Il s'agit d'un contrôle après frottis : •  
Il s'agit d'un contrôle après traitement : • précisez nom de la bactérie recherchée.....  
Autre (préciser) : .....

## EXAMEN CLINIQUE

Leucorrhées : • OUI • NON Abondance •+ •++ •+++ Couleur : .....  
Lésions : • OUI • NON Type : érythème/oedème • ulcération • vésicule(s) •  
Niveau : .....  
Aspect du col : sain • ectropion • inflammation saigne au contact •  
Autre lésion : .....  
Commentaire éventuel : .....

## MODALITES DU PRELEVEMENT

Le prélèvement est conforme : • OUI • NON O pas d'écouvillon endocervical  
O autre : .....  
Nombre d'écouvillons prélevés : .....

## La patiente est enceinte

La patiente prend ou a pris récemment des **antibiotiques** (< 10 jours) ?  OUI  NON

Traitement local  Traitement par voie générale

Nom de l'antibiotique : .....

Il est en cours depuis : ..... Il est arrêté depuis : ..... Il va être mis en route :

Cette analyse est réalisée **en dehors de signes cliniques d'infection**:

-recherche d'un portage de streptocoque du groupe B :  (2 écouvillons tiers inférieur du vagin)

-recherche d'une vaginose :  ATCD fausse couche   
 Prématurité

-recherche de BVHRI :

La patiente présente **des signes cliniques d'infection** :  OUI  NON

pertes  prurit  brûlures  dyspareunie

Autre : .....

## EXAMEN CLINIQUE

Leucorrhées :  OUI  NON Abondance  ++  +++  ++++ Couleur : .....

Lésions :  OUI  NON Type :  érythème/oedème  ulcération  vésicule(s)

Niveau : .....

Aspect du col : sain  ectropion  inflammation saigne au contact

Autre lésion :

Commentaire éventuel : .....

## MODALITES DU PRELEVEMENT

Le prélèvement est conforme :  OUI  NON  pas d'écouvillon endocervical

autre : .....

Nombre d'écouvillons prélevés : .....