

FICHE DE SUIVI DE PRELEVEMENT : Ulcérations ano-génitales

(Document à caractère confidentiel)

Date et heure du recueil : Identification du préleveur :

IDENTITE DU PATIENT

Mr/Mme/Melle :	Prénom :	Résultats : <input type="checkbox"/> au laboratoire <input type="checkbox"/> internet <i>(Renseigner Email)</i>
Date de naissance :		
Adresse :		
.....		
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 :

EXAMEN CLINIQUE

voyage récent à l'étranger <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	préciser :
1 - <u>site de la lésion</u> :	<input type="checkbox"/> gland <input type="checkbox"/> corps du pénis <input type="checkbox"/> prépuce <input type="checkbox"/> anus <input type="checkbox"/> vulve <input type="checkbox"/> Autre :
2 - <u>description de la lésion</u> :	3- <u>ganglions lymphatiques inguinaux</u> :
Notion de papule initiale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Hypertrophiés <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Vésicules <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Fermes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
si oui => <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> multiples regroupées	Fluctuants <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ulcération(s) <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> multiple(s)	Sensibles à la palpation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ulcération douloureuse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Suppuration <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ulcération prurigineuse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	4- <u>symptômes généraux ou autres signes</u> :
Ulcération nécrosante <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Fièvre <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ulcère(s) circulaire(s) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	malaises <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Base érythémateuse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pharyngite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Exsudat séreux <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Urétrite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Saignement au toucher <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rectocolite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autre analyses (notamment sanguines) associées :	

MODALITES DU PRELEVEMENT

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