

FICHE DE SUIVI DE PRELEVEMENT :

Liquide de ponction

(Document complété à caractère confidentiel)

Date et heure du recueil :/...../..... à h Préleveur :

IDENTITE DU PATIENT

Mme/Melle/Mr : Prénom : Nom de naissance : Date et lieu de naissance :/...../..... à 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 :
--

ORIGINE DE LA PONCTION/CONTEXTE DE LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> liquide articulaire	<input type="radio"/> arthrite microcristalline <input type="radio"/> arthrite septique <input type="radio"/> autre :
<input type="checkbox"/> liquide péritonéal	<input type="radio"/> péritonite <input type="radio"/> cancer <input type="radio"/> autre :
<input type="checkbox"/> liquide d'ascite	<input type="radio"/> cirrhose <input type="radio"/> cancer <input type="radio"/> autre :
<input type="checkbox"/> liquide pleural	<input type="radio"/> pleurésie <input type="radio"/> autre :
<input type="checkbox"/> liquide péricardique	<input type="radio"/> péricardite <input type="radio"/> autre :
<input type="checkbox"/> kyste préciser localisation/contexte :	
<input type="checkbox"/> autre : préciser localisation/contexte :	

CIRCONSTANCES DE L'ANALYSE

ANTIBIOTHERAPIE			
Le patient prend ou a pris récemment des antibiotiques (< 10 jours) (< 15 jours pour liquide articulaire)?			
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Traitement local <input type="checkbox"/>	Traitement par voie générale <input type="checkbox"/>		
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			
-fièvre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-altération de l'état général	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-douleurs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
-autres : préciser			
EXAMENS MICROBIOLOGIQUES REALISES CONCOMITAMMENT			
-hémoculture <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
-autre : préciser			