DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS : Hémoculture

(Document complété à caractère confidentiel)

Date et heure du recueil : ___ /___ /_____ à ____h_____ Préleveur : _____

IDENTITE DU PATIENT

Mme/Melle/Mr :.....Prénom :.....
Date de naissance :.....Lieu :.....
Adresse : .....
.....
n° tél. : ..... Email : .....

Résultats :
☐ au laboratoire
☐ internet
(Renseigner Email).
Prescripteur :.....

Avez-vous une ordonnance (la joindre à cette fiche) ☐ OUI ☐ NON
n° sécurité sociale :.....
nom/prénom de l'assuré :.....date de naissance :.....
caisse principale :.....mutuelle :..... n° adhérent :.....

CIRCONSTANCES DE L'ANALYSE

LOCALISATION :

Où ? ☐ Veine / ☐ Artère / ☐ Cathéter voie veineuse périphérique / ☐ Cathéter voie veineuse centrale / ☐ Chambre implantable

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE :

☐ Oui / ☐ Non Quand ?_____

Quoi ? _____

INDICATION :

Quel est le but de l'analyse ?

- Recherche infection SUSPICION : ☐ Septicémie – ☐Endocardite
  FOYER INFECTIEUX : ☐ urinaire – ☐ pulmonaire – ☐ digestif - ☐ indéterminé
- Pré-opératoire : _____
- Post-opératoire : _____
- Suivi de traitement : _____
- Autre : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Avez-vous des symptômes? ☐ Oui / ☐ Non

- **Signes généraux** : ☐ Fièvre : ____° / ☐ Hypothermie : _____° ☐ Frissons / ☐ Sueurs
Infection urinaire / ☐ Infection pulmonaire / ☐ infection digestive
- Autres : _____

Si, oui depuis combien de temps ?
- Aigüe / Chronique _____

FACTEURS DE RISQUES :

Y a-t-il un contexte particulier ? ☐ Oui / ☐ Non
- Immunodépression (cancer – leucémie – greffe) / Corticoïdes / Diabète
- Voyage
- Antécédents d'infections

Si oui, préciser : _____

REMARQUES :

_____