



FEMININ

<p>Prélèvement effectué au laboratoire par : (Modifier le préleveur si inexact)</p> <p>Heure de réalisation :</p> <p><u>Code appel analyse</u> : PV STRB STERI (MYCOP)</p>	<p>Nom du patient :</p> <p>NJF :</p> <p>DDN :</p> <p>Dossier N° :</p>																														
<p><u>Origine du prélèvement</u> :</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cervico-vaginal</td> <td><input type="checkbox"/> Endocervical</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vaginal</td> <td><input type="checkbox"/> Ano-génital</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vulvaire</td> <td><input type="checkbox"/> Lochies</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vulvo-vaginal</td> <td><input type="checkbox"/> Urètre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Auto prélèvement</td> <td><input type="checkbox"/> Stérilet</td> </tr> </table> <p>(sauf pour STREPTO B)</p>	<input type="checkbox"/> Cervico-vaginal	<input type="checkbox"/> Endocervical	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Ano-génital	<input type="checkbox"/> Vulvaire	<input type="checkbox"/> Lochies	<input type="checkbox"/> Vulvo-vaginal	<input type="checkbox"/> Urètre	<input type="checkbox"/> Auto prélèvement	<input type="checkbox"/> Stérilet	<p><u>Condition de recueil</u> :</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ecouillons en milieu de transport (eSwab)</td> <td><input type="checkbox"/> Flacon stérile (stérilet)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ecouillons secs</td> <td><input type="checkbox"/> Autres :</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ecouillons en milieu de transport (eSwab)	<input type="checkbox"/> Flacon stérile (stérilet)	<input type="checkbox"/> Ecouillons secs	<input type="checkbox"/> Autres :																
<input type="checkbox"/> Cervico-vaginal	<input type="checkbox"/> Endocervical																														
<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Ano-génital																														
<input type="checkbox"/> Vulvaire	<input type="checkbox"/> Lochies																														
<input type="checkbox"/> Vulvo-vaginal	<input type="checkbox"/> Urètre																														
<input type="checkbox"/> Auto prélèvement	<input type="checkbox"/> Stérilet																														
<input type="checkbox"/> Ecouillons en milieu de transport (eSwab)	<input type="checkbox"/> Flacon stérile (stérilet)																														
<input type="checkbox"/> Ecouillons secs	<input type="checkbox"/> Autres :																														
<p><u>Date de début des symptômes</u> : __/__/____</p> <p><u>Renseignements cliniques</u> :</p> <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/> Absence de symptômes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Fièvre (>38°C)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Démangeaisons (prurit)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dyspareunie (douleurs pendant les rapports)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Métrorragies (saignements en dehors des règles)</td></tr> </table> <p><u>Autres symptômes ou motifs à cet examen</u> :</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> Absence de symptômes	<input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes	<input type="checkbox"/> Fièvre (>38°C)	<input type="checkbox"/> Démangeaisons (prurit)	<input type="checkbox"/> Dyspareunie (douleurs pendant les rapports)	<input type="checkbox"/> Métrorragies (saignements en dehors des règles)	<p><u>Contexte clinique</u> :</p> <p>Date des dernières règles : __/__/____</p> <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/> Grossesse</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Rupture prématurée des membranes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Allergie connue au B-Lactamines</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> DIU (stérilet)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Chirurgie endo-utérine</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mycose à répétition</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Recherche <i>Actinomyces spp</i> demandée</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Contrôle AMP (Assistance Médicale à la Procréation)</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Rupture prématurée des membranes	<input type="checkbox"/> Allergie connue au B-Lactamines	<input type="checkbox"/> DIU (stérilet)	<input type="checkbox"/> Chirurgie endo-utérine	<input type="checkbox"/> Mycose à répétition	<input type="checkbox"/> Recherche <i>Actinomyces spp</i> demandée	<input type="checkbox"/> Contrôle AMP (Assistance Médicale à la Procréation)																
<input type="checkbox"/> Absence de symptômes																															
<input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes																															
<input type="checkbox"/> Fièvre (>38°C)																															
<input type="checkbox"/> Démangeaisons (prurit)																															
<input type="checkbox"/> Dyspareunie (douleurs pendant les rapports)																															
<input type="checkbox"/> Métrorragies (saignements en dehors des règles)																															
<input type="checkbox"/> Grossesse																															
<input type="checkbox"/> Rupture prématurée des membranes																															
<input type="checkbox"/> Allergie connue au B-Lactamines																															
<input type="checkbox"/> DIU (stérilet)																															
<input type="checkbox"/> Chirurgie endo-utérine																															
<input type="checkbox"/> Mycose à répétition																															
<input type="checkbox"/> Recherche <i>Actinomyces spp</i> demandée																															
<input type="checkbox"/> Contrôle AMP (Assistance Médicale à la Procréation)																															
<p><u>Caractéristiques de la leucorrhée</u> :</p> <table border="0"> <tr> <td>Absente</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Homogène</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Blanche</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Peu abond</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Caillebotée</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Jaunâtre</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>A. abond</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Bulleuse</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Verdâtre</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Abond</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Mousseuse</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Brunâtre</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>pH =</p> <p>Écoulement :</p> <table border="0"> <tr> <td>Muco-purulent</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Purulent</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Sanglant</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Ectropion : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Col saignant au contact écouvillon : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p>	Absente	<input type="checkbox"/>	Homogène	<input type="checkbox"/>	Blanche	<input type="checkbox"/>	Peu abond	<input type="checkbox"/>	Caillebotée	<input type="checkbox"/>	Jaunâtre	<input type="checkbox"/>	A. abond	<input type="checkbox"/>	Bulleuse	<input type="checkbox"/>	Verdâtre	<input type="checkbox"/>	Abond	<input type="checkbox"/>	Mousseuse	<input type="checkbox"/>	Brunâtre	<input type="checkbox"/>	Muco-purulent	<input type="checkbox"/>	Purulent	<input type="checkbox"/>	Sanglant	<input type="checkbox"/>	<p><u>Traitement antibiotique ou antifongique EN COURS ?</u> Quel(s) antibiotique(s) ? : et depuis combien de jour :</p> <p><u>Traitement antibiotique ou antifongique TERMINE ?</u> (dans les trois mois écoulés) Quel(s) antibiotique(s) ? : et arrêt depuis combien de jour :</p> <p><u>Traitement antibiotique ou antifongique A PRENDRE ?</u> Quel(s) antibiotique(s) à prendre après cet examen ? :</p> <p><u>Hospitalisation récente ?</u> (dans les 6 mois écoulés) Si oui date de dernière hospitalisation : __/__/____</p>
Absente	<input type="checkbox"/>	Homogène	<input type="checkbox"/>	Blanche	<input type="checkbox"/>																										
Peu abond	<input type="checkbox"/>	Caillebotée	<input type="checkbox"/>	Jaunâtre	<input type="checkbox"/>																										
A. abond	<input type="checkbox"/>	Bulleuse	<input type="checkbox"/>	Verdâtre	<input type="checkbox"/>																										
Abond	<input type="checkbox"/>	Mousseuse	<input type="checkbox"/>	Brunâtre	<input type="checkbox"/>																										
Muco-purulent	<input type="checkbox"/>	Purulent	<input type="checkbox"/>	Sanglant	<input type="checkbox"/>																										



MASCULIN

<p>Prélèvement effectué au laboratoire par : (Modifier le préleveur si inexact)</p> <p>Heure de réalisation :</p> <p><u>Code appel analyse</u> : PUR GONO1</p>	<p>Nom du patient :</p> <p>NJF :</p> <p>DDN :</p> <p>Dossier N° :</p>
<p><u>Origine du prélèvement</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Sillon balanopréputial <input type="checkbox"/> Gland <input type="checkbox"/> Premier jet d'urine <input type="checkbox"/> Anus</p>	<p><u>Condition de recueil</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Ecouvillons en milieu de transport (eSwab) <input type="checkbox"/> Flacon stérile (Urine 1er jet) <input type="checkbox"/> Ecouvillon sec <input type="checkbox"/> Autres : </p>
<p><u>Date de début des symptômes</u> : __/__/____</p> <p><u>Renseignements cliniques</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de symptômes <input type="checkbox"/> Ecoulement urétral clair <input type="checkbox"/> Ecoulement urétral purulent <input type="checkbox"/> Démangeaisons (prurit) <input type="checkbox"/> Ulcération génitale <input type="checkbox"/> Brûlures mictionnelles <input type="checkbox"/> Fièvre (>38°C) <input type="checkbox"/> Balanite aiguë (Inflammation du gland) <input type="checkbox"/> Douleurs testiculaires <input type="checkbox"/> Dyspareunie (douleurs pendant les rapports)</p> <p><u>Autres symptômes ou motifs à cet examen</u> :</p> <p>.....</p>	<p><u>Contexte clinique</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Rapport non protégé <input type="checkbox"/> Dépistage positif chez le/la partenaire Quel(s) germe(s) ? : <input type="checkbox"/> Exploration hypofertilité</p> <p><u>Traitement antibiotique ou antifongique EN COURS ?</u> Quel(s) antibiotique(s) ? : et depuis combien de jour :</p> <p><u>Traitement antibiotique ou antifongique TERMINE ?</u> (dans les trois mois écoulés) Quel(s) antibiotique(s) ? : et arrêt depuis combien de jour :</p> <p><u>Traitement antibiotique ou antifongique A PRENDRE ?</u> Quel(s) antibiotique(s) à prendre après cet examen ? : </p> <p><u>Hospitalisation récente ?</u> (dans les 6 mois écoulés) Si oui date de dernière hospitalisation : </p>