



<p>Prélèvement effectué au laboratoire par : (Modifier le préleveur si inexact)</p> <p>Heure de réalisation :</p> <p><u>Code appel analyse</u> : ORL OTO</p>	<p>Nom du patient :</p> <p>NJF :</p> <p>DDN :</p> <p>Dossier N° :</p>																																						
<p><u>Localisation anatomique</u> :</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nez</td> <td><input type="checkbox"/> Amygdales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cavités nasales</td> <td><input type="checkbox"/> Langue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Narine : droite / gauche</td> <td><input type="checkbox"/> Sinus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gorge</td> <td><input type="checkbox"/> Oreille : droite / gauche</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pharynx</td> <td><input type="checkbox"/> Conduit auditif externe (CAE) : droit / gauche</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autres :</td> <td></td> </tr> </table> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Amygdales	<input type="checkbox"/> Cavités nasales	<input type="checkbox"/> Langue	<input type="checkbox"/> Narine : droite / gauche	<input type="checkbox"/> Sinus	<input type="checkbox"/> Gorge	<input type="checkbox"/> Oreille : droite / gauche	<input type="checkbox"/> Pharynx	<input type="checkbox"/> Conduit auditif externe (CAE) : droit / gauche	<input type="checkbox"/> Autres :		<p><u>Nature du prélèvement</u> :</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ecouvillons en milieu de transport (eSwab)</td> <td><input type="checkbox"/> Seringue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flacon stérile</td> <td><input type="checkbox"/> Autres :</td> </tr> </table> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> Ecouvillons en milieu de transport (eSwab)	<input type="checkbox"/> Seringue	<input type="checkbox"/> Flacon stérile	<input type="checkbox"/> Autres :																						
<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Amygdales																																						
<input type="checkbox"/> Cavités nasales	<input type="checkbox"/> Langue																																						
<input type="checkbox"/> Narine : droite / gauche	<input type="checkbox"/> Sinus																																						
<input type="checkbox"/> Gorge	<input type="checkbox"/> Oreille : droite / gauche																																						
<input type="checkbox"/> Pharynx	<input type="checkbox"/> Conduit auditif externe (CAE) : droit / gauche																																						
<input type="checkbox"/> Autres :																																							
<input type="checkbox"/> Ecouvillons en milieu de transport (eSwab)	<input type="checkbox"/> Seringue																																						
<input type="checkbox"/> Flacon stérile	<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> <td><input type="checkbox"/> Ecoulement nasale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Maux de gorge</td> <td><input type="checkbox"/> Rhinorrhée postérieure</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Douleurs à la déglutition</td> <td><input type="checkbox"/> Sinusite aiguë</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fièvre (&gt; 38°C)</td> <td><input type="checkbox"/> Sinusite chronique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Toux</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Angine aiguë</td> <td><input type="checkbox"/> Candidose oro-pharyngée</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Angine ulcéro-nécrotique</td> <td><input type="checkbox"/> Stomatite</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Angine à fausses-membranes</td> <td><input type="checkbox"/> Perlèche</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Phlegmon amygdalien</td> <td><input type="checkbox"/> Glossite</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Angine avec rash cutané</td> <td><input type="checkbox"/> Muguet buccal</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Otite moyenne aiguë</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Otite moyenne récidivante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dépistage</td> <td><input type="checkbox"/> Otite externe</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Otorrhée</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"/> Ecoulement nasale	<input type="checkbox"/> Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Rhinorrhée postérieure	<input type="checkbox"/> Douleurs à la déglutition	<input type="checkbox"/> Sinusite aiguë	<input type="checkbox"/> Fièvre (> 38°C)	<input type="checkbox"/> Sinusite chronique	<input type="checkbox"/> Toux		<input type="checkbox"/> Angine aiguë	<input type="checkbox"/> Candidose oro-pharyngée	<input type="checkbox"/> Angine ulcéro-nécrotique	<input type="checkbox"/> Stomatite	<input type="checkbox"/> Angine à fausses-membranes	<input type="checkbox"/> Perlèche	<input type="checkbox"/> Phlegmon amygdalien	<input type="checkbox"/> Glossite	<input type="checkbox"/> Angine avec rash cutané	<input type="checkbox"/> Muguet buccal		<input type="checkbox"/> Otite moyenne aiguë		<input type="checkbox"/> Otite moyenne récidivante	<input type="checkbox"/> Dépistage	<input type="checkbox"/> Otite externe		<input type="checkbox"/> Otorrhée	<p><u>Contexte clinique</u> :</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Contrôle après traitement</td> <td><input type="checkbox"/> Recherche de BMR (SAMR)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabète</td> <td><input type="checkbox"/> Bilan IST</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Contexte d'immuno-dépression</td> <td><input type="checkbox"/> Suivi d'un cas contact</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Corticothérapie</td> <td><input type="checkbox"/> Recherche d' <i>Aspergillus spp.</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bilan étiologique d'une staphylococcie</td> <td></td> </tr> </table> <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>	<input type="checkbox"/> Contrôle après traitement	<input type="checkbox"/> Recherche de BMR (SAMR)	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Bilan IST	<input type="checkbox"/> Contexte d'immuno-dépression	<input type="checkbox"/> Suivi d'un cas contact	<input type="checkbox"/> Corticothérapie	<input type="checkbox"/> Recherche d' <i>Aspergillus spp.</i>	<input type="checkbox"/> Bilan étiologique d'une staphylococcie	
<input type="checkbox"/> Absence de symptômes	<input type="checkbox"/> Ecoulement nasale																																						
<input type="checkbox"/> Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Rhinorrhée postérieure																																						
<input type="checkbox"/> Douleurs à la déglutition	<input type="checkbox"/> Sinusite aiguë																																						
<input type="checkbox"/> Fièvre (> 38°C)	<input type="checkbox"/> Sinusite chronique																																						
<input type="checkbox"/> Toux																																							
<input type="checkbox"/> Angine aiguë	<input type="checkbox"/> Candidose oro-pharyngée																																						
<input type="checkbox"/> Angine ulcéro-nécrotique	<input type="checkbox"/> Stomatite																																						
<input type="checkbox"/> Angine à fausses-membranes	<input type="checkbox"/> Perlèche																																						
<input type="checkbox"/> Phlegmon amygdalien	<input type="checkbox"/> Glossite																																						
<input type="checkbox"/> Angine avec rash cutané	<input type="checkbox"/> Muguet buccal																																						
	<input type="checkbox"/> Otite moyenne aiguë																																						
	<input type="checkbox"/> Otite moyenne récidivante																																						
<input type="checkbox"/> Dépistage	<input type="checkbox"/> Otite externe																																						
	<input type="checkbox"/> Otorrhée																																						
<input type="checkbox"/> Contrôle après traitement	<input type="checkbox"/> Recherche de BMR (SAMR)																																						
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Bilan IST																																						
<input type="checkbox"/> Contexte d'immuno-dépression	<input type="checkbox"/> Suivi d'un cas contact																																						
<input type="checkbox"/> Corticothérapie	<input type="checkbox"/> Recherche d' <i>Aspergillus spp.</i>																																						
<input type="checkbox"/> Bilan étiologique d'une staphylococcie																																							