

B.M.P.R. – EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE

- | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> BOUAYE | ☎ 02 28 25 02 35 | <input type="checkbox"/> BOUGUENAIS | ☎ 02 40 32 09 88 | <input type="checkbox"/> CHEMERE | ☎ 02 85 93 50 10 |
| <input type="checkbox"/> LA MONTAGNE | ☎ 02 40 65 96 15 | <input type="checkbox"/> MACHECOUL | ☎ 02 28 07 04 00 | <input type="checkbox"/> PORNIC | ☎ 02 51 74 00 00 |
| <input type="checkbox"/> ST BREVIN | ☎ 02 40 27 44 59 | <input type="checkbox"/> STE PAZANNE | ☎ 02 40 02 43 70 | | |

POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE MERCI DE COMPLETER LES RENSEIGNEMENTS DEMANDES

Nom : Nom de Naissance (obligatoire) :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Sexe : M / F Tel. :

Adresse principale :

Adresse vacances :

N° de Sécurité Sociale :

Nom Caisse / Mutuelle :

☞ Situation Médicale : MATER ALD INV CMU AT (+ attestation) Tiers-Payant

à poster au laboratoire

**Résultats
PATIENT**

par mail ☞ adresse :

Pharmacie ☞ Nom : Ville :

URGENT

Fax :

Effectué le Heure : H. Par :

TRANSMISSION

- Transmission par Pharmacie* *Transmission par Infirmier/ière* *Transmission par Cabinet Médical*

NOM : Date :/...../..... heure de dépôt: H.

Conditions de conservation : T° ambiante T° = 4-8°C

Ordonnance jointe **CAS D'ABSENCE D'ORDONNANCE ☞ Précisez :**

Ordonnance à renouveler (déjà au laboratoire) ☞ Prescripteur :

Absence d'ordonnance ☞ Date de la demande :/...../.....

Copie(s) aux Médecins (traitant) :

Examens demandés : Bactériologie Mycologie Parasitologie
 Mycoplasmes Chlamydiae par PCR Autre (précisez).....

POUR UNE MEILLEURE INTERPRETATION DE VOTRE ANALYSE, MERCI DE NOUS TRANSMETTRE UN MAXIMUM D'INFORMATION :

NATURE / ORIGINE DU PRELEVEMENT :

- Vaginal Urétral Cul de sac Endocol Pus
 Gland Sillon balano-préputial Cutané Crachat Autre, précisez :

SYMPTOMATOLOGIE :

- Perte Prurit Douleurs Vésicules Fièvre GROSSESSE
 Irritations Écoulement Douleurs à l'émission des urines Autre, précisez :

TRAITEMENT EN COURS :

Antibiotique → Nom : Date de début de traitement :/...../.....
 Ovules → Nom :

Traitement local externe → Nom :

Contrôle après traitement : Oui Non Date d'arrêt du traitement :/...../.....

Contrôle après frottis : Oui Non

IMPERATIF : Merci d'identifier les prélèvements (identité et localisation sur le flacon) et de les transmettre rapidement au laboratoire

Cadre réservé au laboratoire

Prélèvement écouillons Nb lames Nb Autre (précisez).....

Modalité de prélèvement et conditions de conservation

- Les prélèvements sur écouvillon doivent être mis en milieu de transport et être acheminés rapidement au laboratoire (délai maximum de conservation 24h à température ambiante).
- Les prélèvements pour la recherche de Chlamydiae et/ou Mycoplasmes, doivent être mis en milieu de transport spécifique.
- Recherche d'Herpès : contacter le laboratoire pour se procurer un milieu de transport spécifique.

- Pour les autres prélèvements, transmettre rapidement au laboratoire (dans les 2 heures) ou appeler le laboratoire pour connaître les conditions de conservation.

Le laboratoire pourra refuser un prélèvement en cas d'absence :

- d'identification de l'échantillon.
- d'origine (nature) précise du prélèvement.