

# 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  écouvillons 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.