



MU - C1 - ENR 007 Version 03 Formulaire

PRELEVEMENT URETRAL: Renseignements cliniques

MERCI DE REMETTRE CE DOCUMENT AU LABORATOIRE SIMULTANEMENT A VOTRE PRELEVEMENT :

Nom/Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Date et heure du prélèvement : __ / __ / ____ à __ h __

Prenez-vous **actuellement** un traitement anti-infectieux (antibiotique, antifongique) ? oui non
(il est préférable de ne pas avoir de traitement anti-infectieux en cours lors de la réalisation d'un prélèvement de microbiologie)
Si oui, nom du (ou des) anti-infectieux :

Cet examen vous a-t-il été prescrit dans un (ou plusieurs) des contextes particuliers suivants :

- Ecoulement urétral
- Ulcération(s) génitale(s)
- Sensations de brûlures mictionnelles, douleurs
- Infection sexuellement transmissible

Si non, pourquoi vous a-t-il été prescrit ?