



MU - C1 - ENR 011 Version 02 Formulaire

Autres prélèvements de Microbiologie : Renseignements cliniques

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

Nom/Prénom :	Date de naissance : __ / __ / ____
Nom de naissance :	
Date et heure du prélèvement : __ / __ / ____ à __ h __	
Prenez-vous actuellement un traitement anti-infectieux (antibiotique, antifongique) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 :

Expectoration (crachat)

- Hospitalisation très récente
- Bronchite chronique
- Mucoviscidose
- Patient(e) immunodéprimé(e)

Prélèvement de gorge

- Angine aiguë
- Angine(s) récidivante(s)
- Mycose oro-pharyngée
- Bilan d'une suspicion d'infection sexuellement transmissible

Prélèvement d'oreille

- Otite aiguë
- Otites(s) récidivante(s)
- Infection du conduit auditif externe

Prélèvement nasal

- Sinusite
- Recherche spécifique de *Staphylococcus aureus*

Prélèvement oculaire

- Conjonctivite

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