

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom :	Date du recueil /prélèvement: ____/____/____
Nom de naissance :	Heure du recueil /prélèvement : ____ h ____
Prénom :	Lieu du prélèvement :
Date de naissance : Sexe : ☐ F ☐ M	☐ Laboratoire ☐ Extérieur
Adresse :	Conservation du prélèvement :
.....	☐ Au réfrigérateur
Téléphone :	☐ A température ambiante
N° de sécurité sociale :	Mutuelle de l'année en cours :
Adresse mail :	

MODALITES DE RENDU DE RESULTATS

Patient : ☐ Internet ☐ Au labo (bon retrait) ☐ A poster
☐ Autre médecin :

PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT

- Avant le prélèvement, réaliser un rinçage bucco-dentaire avec de l'eau
- Expectorer dans un flacon stérile (disponible au laboratoire)
- L'expectoration doit être émise lors d'un effort de toux, aidé si nécessaire d'une kinésithérapie (et/ou d'une nébulisation de sérum physiologique)
- Réaliser le prélèvement de préférence le matin et le faire parvenir au laboratoire idéalement en moins de 2h.

Renseignements cliniques à compléter au verso

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES A COMPLETER

Pour une meilleure interprétation de vos résultats, merci de remplir les renseignements ci-dessous :

Avez-vous constaté une augmentation de la purulence de vos expectorations ? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous constaté une augmentation du volume de vos expectorations ? ☐ OUI ☐ NON

Vous sentez-vous plus essoufflé que d'habitude ? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous pris un traitement antibiotique **AVANT** le prélèvement ? ☐ OUI* ☐ NON

*si oui, lequel : Date de début du traitement...../...../.....

Avez-vous un traitement antibiotique à prendre **APRES** le prélèvement ? ☐ OUI* ☐ NON

*si oui, lequel :

Y a-t-il un contexte particulier ?

- ☐ Bronchite chronique (BPCO)
- ☐ Dilatation des Bronches (DDB)
- ☐ Mucoviscidose

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

Réception sur le site : Par : Date : ____ / ____ / ____ Heure :

Flacon stérile	Autre (préciser)
Conformité : OUI NON	