Renseignements et préconisations : Prélèvement génital homme

PRENEZ SOIN DE VOTRE SANTE EN RÉPONDANT AU QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS *- Document à caractère confidentiel -*

En gras : à renseigner obligatoirement

PATIENT

À compléter en lettres majuscules, noter les espaces / apostrophes / tirets

ÉTIQUETTE PATIENT

Nom naissance ..... Nom utilisé ..... **Sexe** ❑ H ❑ F

1er Prénom ..... Prénom utilisé ..... **Date naissance** ...../...../.....

L'identité du patient est vérifiée à l'aide d'un justificatif à haut niveau de confiance (RNIV 2021) : ❑ *carte nationale d'identité,* ❑ *passeport,* ❑ *titre permanent de séjour,* ❑ *livret de famille*,* ❑ *extrait d'acte de naissance**
** fournir la pièce d'identité des parents pour les mineurs*

Prise en charge :

N° Sécurité Sociale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Mutuelle** ..... N° télétransmission/AMC : _ _ _ _ _ _ _ _

(matricule INS) code INSEE lieu naissance

Tél. portable _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Mail :** ..... @ .....

(n° responsable légal si mineur)

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

PRÉLÈVEMENT

Préleveur ***(Nom/Prénom/Qualité)*** **:** .....

Date : ...../...../..... **Heure :** ..... h .....

Mode de recueil : ❑ Milieu Amies ❑ Enat ❑ Urines 1er jet ❑ Autre : .....

Localisation/Origine : ❑ Urétral ❑ Ulcérations / Vésicules génitales (sur gland/sillon/verge) ❑ Ano-rectal

Remarque : pour les prélèvements de lésions autres que les ulcérations/vésicules au niveau génital (sillon balano-préputial, gland ou verge), se reporter à RI-ENR.090 « Renseignements et préconisations : Prélèvements cutanés »

Le prélèvement est à acheminer selon les recommandations décrites au verso, avec cette fiche complétée

DONNÉES CLINIQUES

SYMPTÔMES ❑ Non ❑ Oui, lesquels :

- ❑ Présence d'un écoulement urétral
- ❑ Sensation de brûlure ou gêne en urinant
- ❑ Douleurs testiculaires ou scrotales
- ❑ Douleurs abdominales
- ❑ Fièvre (depuis le : ..... / ..... /.....)
- ❑ Envie d'uriner plus fréquentes / Incontinence
- ❑ Sang dans les urines
- ❑ Présence de vésicules et/ou de lésions ulcérées
- ❑ Autre : .....

CONTEXTE CLINIQUE

- ❑ Suspicion IST* (contact à risque, partenaires multiples…)
- ❑ Partenaire IST* positive
- ❑ Récurrence / Persistance IST* et/ou contrôle après recherche négative de CT/NG/TV/MG (recherche *U. urealyticum*)
- ❑ Contrôle après traitement
- ❑ Autre : .....

* Infection sexuellement transmissible

Ces informations seront prises en compte pour l'interprétation et la validation biologique des résultats (Norme NF EN ISO 15189)

TRAITEMENT

Traitement en cours ou récent Antibiotique : ❑ Oui ❑ Non ❑ À venir Antifongique : ❑ Oui ❑ Non ❑ À venir

Date de début ...../...../..... ou Date d'arrêt du traitement ...../...../.....

Nom du traitement : .....

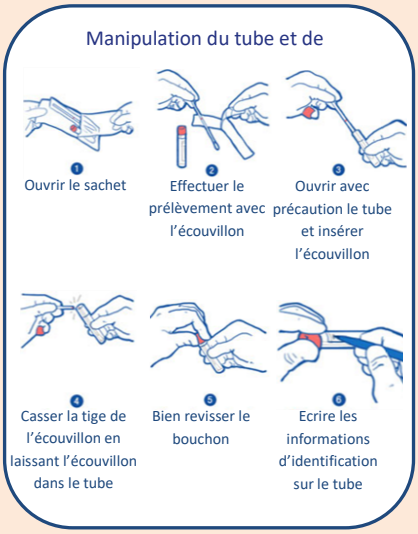
LABO

Réception ...../...../..... à ..... h ..... Par ..... ❑ **Non conforme :** .....
(réputé conforme si non coché)

Échantillon : ❑ Milieu Amies (*Eswab orange*) ❑ Enat ❑ Multicollect
❑ Autre : .....

Avant le prélèvement

1. Préférable avant toute antibiothérapie.
2. Éviter toute toilette intime et tout traitement local la veille au soir et le matin du prélèvement.
3. Réaliser le prélèvement de préférence le matin avant d'uriner ou au moins **1 heures** après la dernière miction.

	EXAMEN	LOCALISATION	MATÉRIEL DE PRÉLÈVEMENT
PRÉLÈVEMENT URÉTRAL (PU)	**Cyto-bactério-mycologie urétrale** (bactéries dont ***Neisseria gonorrhoeae*** par culture, levures/ Candida)	- <u>Si l'écoulement est présent au niveau du méat urétral</u> : Le recueillir avec un écouvillon fin et le transférer sur eSwab, sinon faire sourdre une goutte de pus par pression du gland. - <u>Si l'écoulement est absent</u> : Réaliser un raclage endo-urétral avec un écouvillon **fin** en l'introduisant sur 1 cm dans l'urètre et en tournant doucement, puis le transférer sur milieu de transport d'Amies. Dans ce cas-là, asymptomatique, il est préférable d'effectuer la recherche de Gonocoque par PCR sur l'urine du 1er jet.	 Milieu Amies *(eSwab orange)* 
	Recherche par PCR de ***Chlamydia trachomatis*** (CT), ***Neisseria gonorrhoeae*** (NG), ***Trichomonas vaginalis, Mycoplasma genitalium*** <u>**Recherche systématiquement associée au PU**</u>	1er jet d'urine **après** le prélèvement urétral *Cf : RI-ENR.004*	+ Multicollect *Si absence d'urines de 1er jet, la recherche de CT/NG peut se faire sur le Prélèvement Urétral (amies).*
AUTRES DEMANDES	**Autres mycoplasmes urogénitaux dont *Ureaplasma urealyticum*** (seconde intention)	1er jet d'urine **après** le prélèvement urétral *Cf : RI-ENR.004*	+ BD neutre
	Recherche d'**Herpès** (HSV)	Vésicules, lésions ulcérées	 eNAT
	Recherche de ***Treponema pallidum*** (syphilis) et d'***Haemophilus ducreyi*** (agent du chancre mou)	Lésions ulcérées	

Toutes ces recherches peuvent être effectuées au niveau ano-rectal.

Après le prélèvement

1. **Identifier l'échantillon : Nom de naissance, 1er Prénom, Date de naissance et Sexe**
2. Mettre les échantillons dans un sachet de transport accompagnés de la prescription
3. **Transmettre le sachet le plus rapidement au laboratoire**.
   - Délai recommandé **: 24 heures à température ambiante**
   - Délai maximum acceptable : **48 heures à température ambiante**

Remarque : Seules les recommandations du manuel de prélèvement en ligne font foi : (https://labosudb.manuelprelevement.fr/)