

PRENEZ SOIN DE VOTRE SANTE EN RÉPONDANT AU QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS - Document à caractère confidentiel -
Cette fiche doit être jointe à chaque prélèvement accompagnée de la prescription.

*A renseigner obligatoirement

PATIENT

Nom* :

Prénom* :

Nom de naissance* :

Sexe : ☐ H ☐ F

Date de naissance* :

Tel. :

Adresse :

Pour les prélèvements non déposés directement au laboratoire, en cas de tiers payant, merci de joindre une photocopie de l'**attestation carte vitale** et **mutuelle**.

ÉTIQUETTE PATIENT

Réservé au laboratoire

Nom, Prénom du préleveur* :

Date du recueil* : / /

Heure* : h

Mode de recueil : ☐ Milieu AMIES ☐ Pot stérile ☐ Autre :

La réalisation du prélèvement doit de préférence être effectuée avant toute prise d'antibiotique / antifongique ou après l'arrêt du traitement :
→ Antibiotique depuis 48h → Antifongique local depuis 10 jours → Antifongique oral depuis un mois ou 3 mois pour la terbinafine per os

☐ **PEAU : Lésion superficielle sèche - Eruption cutanée - Boutons**

☐ BACTERIO + MYCO (candidose)

☐ BACTERIO + MYCO avec recherche de Dermatophytes : Remplir RI-ENR.23 « Fiche de renseignement mycologie »

Localisation :

Remarque :

☐ **PLAIE : Lésion superficielle ouverte et écoulement**

Localisation :

Contexte clinique :

Ulcère : ☐ Oui ☐ Non

Postopératoire : ☐ Oui ☐ Non

Remarque :

☐ **PUS : Lésion Profonde et fermée**

Localisation :

Contexte clinique :

Abcès / Phlegmon : ☐ Oui ☐ Non

Morsure animale : ☐ Oui ☐ Non

Remarque :

Le préleveur certifie avoir vérifié l'identité du patient à l'aide d'un document officiel

PRÉLÈVEMENT

Traitement en cours ou récent : ☐ Non ☐ À venir ☐ Oui :

Nom du traitement :

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

Date de réception : / / Heure de réception : h

Par :

Conforme : ☐ Oui ☐ Non Si non motif :

Par :

LABO

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