# Fiche de suivi médical Microbiologie

Réf : MS-PREL-ENR-003
Version : 03
Applicable le : 28-11-2022

## INFORMATIONS PATIENT

**Nom de naissance*** : …… **Sexe*** : ☐ **M** ☐ **F**

**Prénom(s) de naissance*** :……..

**Nom usuel** : …… Téléphone : ……

**Date de naissance*** : ……/……/…….. **Lieu de naissance*** : ……

Adresse principale : ……
……
Adresse secondaire : ……
……

Nom + prénom de naissance de l'assuré (si différent) : ……
Date et lieu de naissance assuré : ……

N° SS : …… Caisse : ……
Mutuelle : ……
☐ ALD ☐ Invalidité ☐ CMU ☐ Ac du travail – Date de l'accident : ……
☐ Maternité – Date début de grossesse : ……

## PRELEVEMENT

**Préleveur :** …… **Effectué le** : …… **à** : ……..h……..

**Conservation à** : ☐ **T°C réfrigérée** ☐ **T°C ambiante**

***Nombre et type de prélèvements transmis :***

| Urines | Selles | Expectoration | Ecouvillons | Autres |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

***Nature de l'échantillon (cathéter, liquide gastrique, œil droit, ……) :***

……

## RESULTAT

**Prescripteur :** ❒ **URGENT** ❒ A faxer ❒ A téléphoner

**Patient** : ❒ A poster ❒ Adresse principale ❒ Adresse secondaire

❒ Au laboratoire (sur présentation de la carte vitale ou coupon d'identification)

❒ Par Internet (renseigner une adresse mail)

……@……

❒ Demande de transmission des résultats à un médecin autre que le prescripteur

Nom du médecin : ……

*Dans le cadre du Suivi Médical Rendu au patient, les résultats du patient sont transmis à toute l'équipe médicale (prescripteur, IDE, etc…). Cochez la case NON si celui-ci s'y oppose.* ☐ *NON*

## Traitement / Renseignements

⚠ **ne pas débuter de traitement antibiotique ou antifongique avant le recueil sauf indication médicale**

**Antibiothérapie / Antifongique** : ☐ NON ☐ OUI, depuis le : ……

Nom de l'antibiotique / antifongique : ……

Renseignements divers : ……

## Examen de selles

☐ **Diarrhée** ☐ **Cas groupé de gastro-entérite**

☐ **Voyage à l'étranger** Lieu : …… Date : ……

## Prélèvements uro-génitaux

Symptômes : ☐ Démangeaisons ☐ **Douleurs** ☐ **Pertes** (Leucorrhée) ☐ Odeurs
☐ Vulvo-vaginite ☐ Cervicite ☐ Urétrite ☐ Ulcération génitale

## Lésions et suppurations cutanées

**Type de prélèvement :** ☐ **superficiel** ☐ **profond**

Localisation : ……

☐ Folliculite ☐ Furoncle ☐ Impétigo ☐ Erythrasma ☐ Erysipèle

## Sécrétions broncho-pulmonaires

Symptômes : ☐ Toux ☐ Fièvre ☐ Exacerbation bronchite chronique

## Hémocultures

☐ Fièvre Température : ……°C

☐ Suspicion d'endocardite / brucellose

## Infections ORL / oculaire

☐ Angine ☐ Otite ☐ Rhinite
☐ Sinusite ☐ Conjonctivite
Autres : ……

**IDENTIFICATION : NOM PRENOM DATE de NAISSANCE sur le prélèvement**

## PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

Réceptionné le : …… à …..H….
Par : ……
❒ **Conforme** ❒ **Non-conforme**

Enregistrement vérifié le : ……
Par : ……
❒ **Conforme** ❒ **Non-conforme**