

	FORMULAIRE	<b>C2-F28</b>
	<b>Fiche de renseignements cliniques</b>	
	<b>pour prélèvements uretraux</b>	
	Version <b>3</b> Date d'application : <b>2018-09-24</b> Page 1 sur 2	

Le prélèvement doit être réalisé **au moins 2 heures après la dernière miction.**

**Idéalement :**

- avant la première miction du matin,
- avant toute toilette
- avant toute antibiothérapie locale ou générale, ou au moins une semaine après.

**Prélever dans l'ordre chronologique :**

- **1 écouvillon ESWAB (bouchon orange)** pour la culture bactériologique (+/- réalisation antibiogramme) : Introduire sur 1 cm l'écouvillon dans l'urètre et réaliser une légère rotation avant de décharger l'écouvillon dans le milieu de transport. Rompre la tige pour laisser l'écouvillon dans le tube, puis refermer le tube.
- **1 écouvillon ESWAB (bouchon orange) si prescription : « Mycoplasmes » ou « Mycoplasma genitalium »** pour la recherche de *M. genitalium* par PCR : Réaliser le prélèvement comme pour le premier écouvillon ESWAB.
- **1 écouvillon  $\Sigma$ -VCM (bouchon ROUGE) si prescription formulée : « Ureaplasma urealyticum et/ou Mycoplasma hominis »** : Réaliser le prélèvement comme pour l'écouvillon ESWAB. Cette recherche peut également être réalisée sur 1<sup>er</sup> jet urinaire.
- **1 flacon à ECBU** : recueil du 1<sup>er</sup> jet urinaire (10 à 50 mL max) pour recherche de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Trichomonas vaginalis*.

⇒ Identifier chaque tube / écouvillon avec NOM et PRENOM du patient et la **NATURE du prélèvement**

⇒ **Acheminer les urines au laboratoire dans un délai maximum de 4 heures à température ambiante (+15°C à +25°C) ou 24 heures au réfrigérateur (+2°C à +8°C).**

⇒ **Les écouvillons peuvent se conserver jusqu'à 24 heures à température ambiante (+15°C à +25°C).**

	FORMULAIRE	<b>C2-F28</b>
	<b>Fiche de renseignements cliniques</b>	
	<b>pour prélèvements uretraux</b>	
	Version <b>3</b> Date d'application : <b>2018-09-24</b> Page 2 sur 2	

**Renseignements administratifs**

Nom : ..... Prénom : .....

**Nom de naissance :** .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Sexe :  F  M

Adresse : .....

Tél: \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ N° sécurité sociale: \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Caisse : ..... Mutuelle : .....

**Résultats :**  Internet  à prendre au laboratoire  à poster

*Si vous n'avez pas de code internet, veuillez contacter le laboratoire pour qu'il vous les transmette.*

**Renseignements cliniques**

**Prélèvement :** Date : \_\_ / \_\_ / \_\_ Heure : \_\_ H \_\_

**Préleveur :** .....

**Nature du prélèvement :**  Urètre  Sérosités génitales

**Date de début des symptômes :** \_\_ / \_\_ / \_\_

**Clinique :**  Suspicion IST  ATCD IST **Si oui, préciser** .....

Écoulement  Oui  Non **Si oui :**  Abondant  Purulent  Saignements

Urétrite  Oui  Non Ulcération  Oui  Non

Infection chez le/la partenaire ?  Oui  Non

**Antibiothérapie ou antiviraux en cours :**  Oui  Non Si oui lequel : .....

**Contrôle post traitement :**  Oui  Non Si oui lequel : .....

**Autre :** .....

⇒ *Joindre impérativement la prescription*

**Cadre réservé au laboratoire :**  Anomalie

Réceptionné par : ..... Le ..... à ..... h .....

Kit bouchon orange, nombre : 1 ou 2 -  flacon à ECBU -  Kit  $\Sigma$ -VCM