

|   |   |               |
|---|---|---------------|
|  | FORMULAIRE  | <b>C2-F37</b> |
|   | <b>Fiche de renseignements cliniques pour les prelevements PCR herpes</b> |               |
|   | Version <b>6</b>  |               |
|   | Date d'application : <b>2022-11-29</b>                                    |               |
| Page 1 sur 2  |   |               |

**A réaliser idéalement avant toute thérapie locale ou générale par antiviraux, ou au moins une semaine après (le notifier le cas échéant).**

**- 1 kit E-swab (bouchon rose) =**

Écouillonner, de préférence, les vésicules afin de les percer et de recueillir le liquide intra-vésiculaire.

En l'absence de vésicules, écouillonner les ulcérations. Décharger l'écouvillon, puis rompre la tige pour laisser l'écouvillon dans le tube. Refermer le tube.

- ⇒ Identifier chaque prélèvement avec **NOM, PRENOM** du patient
- ⇒ **Acheminer les échantillons au laboratoire dans un délai maximum de 24 heures à température ambiante.**

**Renseignements administratifs**

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

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

Adresse : .....

Tél: \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

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

Caisse : .....

Mutuelle : .....

**Résultats :**  Internet : Adresse mail : .....

à retirer au laboratoire  à poste

|   |   |               |
|---|---|---------------|
|  | FORMULAIRE  | <b>C2-F37</b> |
|   | <b>Fiche de renseignements cliniques pour les prelevements PCR herpes</b> |               |
|   | Version <b>6</b>  |               |
|   | Date d'application : <b>2022-11-29</b>                                    |               |
| Page 2 sur 2  |   |               |

**Renseignements cliniques**

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

**Préleveur :** .....

**Nature :**  Vésicule  Ulcération

**Localisation(s) :** .....

**Ancienneté des lésions :** .....

**Contexte particulier :**  Suspicion d'infection primaire  Récidive

**Thérapie anti-virale 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 \_

**Commentaire :**

Étiquette SCANFLOT  
(réservé au laboratoire)