

# B.M.P.R. – EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE

- |                                      |   |                                      |   |                                    |   |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> BOUAYE      | <input type="checkbox"/> 02 28 25 02 35 | <input type="checkbox"/> BOUGUENAIS  | <input type="checkbox"/> 02 40 32 09 88 | <input type="checkbox"/> CHEREMERE | <input type="checkbox"/> 02 85 93 50 10 |
| <input type="checkbox"/> LA MONTAGNE | <input type="checkbox"/> 02 40 65 96 15 | <input type="checkbox"/> MACHECOUL   | <input type="checkbox"/> 02 28 07 04 00 | <input type="checkbox"/> PORNIC    | <input type="checkbox"/> 02 51 74 00 00 |
| <input type="checkbox"/> ST BREVIN   | <input type="checkbox"/> 02 40 27 44 59 | <input type="checkbox"/> STE PAZANNE | <input type="checkbox"/> 02 40 02 43 70 |                                    |   |

**POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE MERCI DE COMPLETER LES RENSEIGNEMENTS DEMANDES**

Nom de Naissance : ..... Nom d'usage: .....

Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Sexe : M / F    Tel. : .....

Adresse principale : .....

Adresse vacances : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Nom Caisse / Mutuelle : .....

↳ Situation Médicale :     MATER     ALD     INV     CMU     AT (+ attestation)     Tiers-Payant

**Résultats**     à poster     au laboratoire

**URGENT**

**PATIENT**     par Mykali ⇨ e mail : .....

Fax : .....

Transmission des résultats à l'IDE  : .....    Information au patient faite

*Le patient est en droit de refuser la communication de ses résultats aux préleveurs.*

Effectué le ..... Heure : .....H..... Par : .....

### TRANSMISSION

Transmission par Pharmacie     Transmission par Infirmier/ière     Transmission par Cabinet Médical

NOM : ..... Date : ...../...../.....    heure de dépôt: .....H.....

**Conditions de conservation :**

T° ambiante     T° = 4-8°C

Ordonnance jointe

**CAS D'ABSENCE D'ORDONNANCE ⇨ Précisez :**

Ordonnance à renouveler

↳ Prescripteur : .....

(déjà au laboratoire)

↳ Date de la demande : ...../...../.....

Absence d'ordonnance

↳ Copie(s) aux Médecins (traitant) : .....

Examens     Bactériologie     Mycologie     Parasitologie

demandés :     Mycoplasmes     Chlamydiae par PCR    Autre (précisez).....

**POUR UNE MEILLEURE INTERPRETATION DE VOTRE ANALYSE, MERCI DE NOUS TRANSMETTRE UN MAXIMUM D'INFORMATION :**

#### NATURE / ORIGINE DU PRELEVEMENT :

Vaginal     Urétral     Cul de sac     Endocol     Pus  
 Gland     Sillon balano-préputial     Cutané     Crachat     Autre, précisez : .....

#### SYMPTOMATOLOGIE :

Perte     Prurit     Douleurs     Vésicules     Fièvre     GROSSESSE  
 Irritations     Écoulement     Douleurs à l'émission des urines     Autre, précisez : .....

#### TRAITEMENT EN COURS :

Antibiotique / Ovules    ↳ Nom : .....    Date de début de traitement : ...../...../.....  
 Traitement local externe    ↳ Nom : .....    de traitement : .....

Contrôle après traitement :     Oui     Non    Date d'arrêt du traitement : ...../...../.....

Contrôle après frottis :     Oui     Non

**IMPERATIF : Merci d'identifier les prélèvements (identité et localisation sur le flacon) et de les transmettre rapidement au laboratoire**

### Cadre réservé au laboratoire

Prélèvement     Eswab     écouvillon sec     milieu chla/gono     crachats     autres : .....

## Modalité de prélèvement et conditions de conservation

- Les prélèvements sur écouvillon doivent être mis en milieu de transport et être acheminés rapidement au laboratoire (délai maximum de conservation 24h à température ambiante).
- Les prélèvements pour la recherche de Chlamydiae et/ou Mycoplasmes, doivent être mis en milieu de transport spécifique.
- Recherche d'Herpès : contacter le laboratoire pour se procurer un milieu de transport spécifique.
  
- Pour les autres prélèvements, transmettre rapidement au laboratoire (dans les 2 heures) ou appeler le laboratoire pour connaître les conditions de conservation.

Le laboratoire pourra refuser un prélèvement en cas d'absence :

- d'identification de l'échantillon.
- d'origine (nature) précise du prélèvement.