

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :

Prénom* :

Nom de naissance* :

Date de naissance* :/...../..... Sexe* : M F

Adresse* :

.....

CP* : Ville* :

Mail* :

Tél.* : _____

N° sécurité sociale* :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Caisse Assurance maladie : Dpt :

Mutuelle :

Prise en charge : ALD Invalidité Stérilité CMU
 grossesse Accident de travail

Identité vérifiée par pièce d'identité (nouveau patient) :
 CNI Passeport Livret de famille
 Autres

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement :/...../..... Heure :

Préleveur :

Lieu : Domicile ES / EPHAD
 Autre (préciser) :

TRANSMIS PAR :

.....

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Mail* Remis en main propre (labo) Courrier postal

Autorisation de diffuser les résultats aux professionnels de santé : Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. **Si le patient s'oppose, cocher cette case**

RÉCEPTION DU FLACON (case réservée au laboratoire)

Réceptionné le À h..... Par

Flacon(s) conforme(s) à réception Oui Non Type NC :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRE)

Êtes-vous atteint de mucoviscidose ? Oui Non

Avez-vous des signes cliniques ?
 Si oui, lesquels ?

Une recherche spécifique est-elle demandée ?
 Mycologie Aspergillus Nocardia Legionella Mycobactéries (=BK ou BAAR) Autre :

Traitement immunosuppresseur ? Oui Non Si oui, préciser : corticoïdes chimiothérapie autre

Contexte clinique particulier ?
 Immunodépression (hémopathie cancer allogreffe infection HIV autre)
 Diabète insulino-dépendant Autre

Voyage(s) précédant l'apparition des signes cliniques ?
 Si oui, préciser pays et date(s)

Traitement antibiotique (ou antifongique) déjà administré ?
 Si oui, lequel

Traitement en cours depuis :/...../..... Traitement arrêté depuis :/...../.....

INSTRUCTIONS

- Faire le prélèvement avant le début du traitement antibiotique (ou antifongique) si possible
- Support pour le recueil : flacon stérile (seringue stérile possible pour aspiration bronchique)
- **Pour expectoration-crachats, appliquer rigoureusement le protocole de recueil suivant :**
 - Le matin, au réveil à jeun (secrétions accumulées pendant la nuit)
 - Se rincer la bouche ; si présence d'une prothèse dentaire, l'enlever
 - Faire le prélèvement lors d'un effort de toux qui facilite l'expectoration (le prélèvement doit venir du fond des bronches et ne doit surtout pas être de la salive)
- **Identifier le flacon ou la seringue avec le nom et prénom du patient et noter la date et l'heure du recueil**
- Compléter les renseignements cliniques et joindre la prescription

DÉLAI ET TEMPÉRATURE DE CONSERVATION

Délai maximum : 2h00 à T° ambiante (15 à 25°C), 24h00 à + 4°C

Il est impératif d'acheminer le prélèvement au laboratoire dans les plus brefs délais

RAPPORTER LA FICHE COMPLÉTÉE + FLACON IDENTIFIÉ ET VOTRE PRESCRIPTION