



LBM BIONYVAL

Recueil Expectoration (crachats)
DE-PREAN-MU0-005-v01

A COMPLETER ET A REMETTRE AU LABORATOIRE

Nom : _____ Nom de naissance : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Date et heure de recueil : _____

AVEZ-VOUS DES SYMPTOMES ?

Oui Non

Contrôle après traitement : _____ NOM L'ANTIBIOTIQUE _____

Prise d'antibiotiques avant analyse : _____ NOM DE L'ANTIBIOTIQUE _____

Fièvre

Toux

EXPECTORATION

1. A jeun, se brosser les dents et se rincer la bouche avec de l'eau minérale
2. Faire un effort de toux en **évitant la présence de salive.**
3. Recueillir la totalité du crachat dans le flacon stérile fourni.

ACHEMINEMENT

Fermer soigneusement le flacon, l'**identifier** avec vos nom et prénom et le placer dans le sachet.

Fermer le sachet et **joindre cette fiche dûment remplie.**

Conserver **à température ambiante** et acheminer **dans les 2 heures.**

LBM Bionyval :

Valréas : 04 90 35 03 43 / Vaison : 04 90 36 32 32 / Nyons : 04 75 26 26 77 / Orange : 04 90 34 06 67 / Dieulefit : 04 75 46 82 36