



A COMPLETER ET A METTRE AVEC LE PRELEVEMENT

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Coller l'étiquette du dossier

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Antibiothérapie en cours : _____ Affection : récente récidive
 _____ NOM DE L'ANTIBIOTIQUE _____
 Affection chronique connue : _____
 Fièvre _____
 Douleurs _____

PRELEVEMENT

Localisation : _____

Description du site : _____

Commentaires : _____

<input type="checkbox"/> Pharyngé <input type="checkbox"/> Bouche	<input type="checkbox"/> Ganglions <input type="checkbox"/> Cadre professionnel et réglementaire (restauration) <input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Auriculaire	<input type="checkbox"/> Ecoulement <input type="checkbox"/> Otite
		<input type="checkbox"/> Oculaire	<input type="checkbox"/> Préopératoire <input type="checkbox"/> Conjonctivite
<input type="checkbox"/> Plaie	<input type="checkbox"/> Opération chirurgicale <input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> Préopératoire <input type="checkbox"/> Ecoulement
<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Pertes <input type="checkbox"/> Démangeaisons <input type="checkbox"/> Antécédents gynécologiques _____	<input type="checkbox"/> Dermatologique (Dermatophytes) <input type="checkbox"/> Cutané (Bactériologie)	<input type="checkbox"/> Démangeaison <input type="checkbox"/> Contact avec lieux chauds et humides <input type="checkbox"/> Contact avec les animaux <input type="checkbox"/> Contact avec la terre <input type="checkbox"/> Pratique de sport
<input type="checkbox"/> Urétral	<input type="checkbox"/> Goutte matinale <input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/> Autre : _____	