GROUPE BIOMAG
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

# C1-4ENR57 Version 1

# Preconisations pour examen cytobacteriologique sur ESWAB

Date d'application : 2019-03-18

**Identité patient**

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....
Prénom : ..... Sexe : □ F □ M
Date de naissance : ...../...../.....
Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....
Téléphone : .....
(Numéro de téléphone portable indispensable pour obtenir les résultats sur internet)
Résultats : □ Laboratoire □ Courrier □ Pharmacie/IDE □ Internet (www.groupebiomag.com)

Prélèvement effectué le : ...../.../..... A .....h.....

Nom du préleveur : .....

**Prélèvement et transport** :

- ✓ Le prélèvement doit être réalisé, si possible, avant toute antibiothérapie locale ou générale.
- ✓ Prélever avec un écouvillon avec milieu de transport Eswab.
- ✓ Prélever un écouvillon par site et bien identifier chaque écouvillon.

Acheminer le prélèvement dans les **12 heures** suivant le prélèvement en conservant à **température ambiante**.

**ATTENTION TOUT PRELEVEMENT NON IDENTIFIE ET/OU NON ACHEMINE DANS LES DELAIS NE SERA PAS ACCEPTE**

**Site du prélèvement :**

□**Fosses nasales** : □ Bilan d'une staphylococcie
□ Sinusites (chroniques)
□**Prélèvement de gorge** : □ Angine récidivantes
□ Fausses membranes
□ Ulcérations
□**Prélèvement auriculaire** : □ Otite récidivante
□**Autre** (escarre, ulcère, plaie post-opératoire.....) : .....
Préciser la localisation : .....
Signes cliniques : .....

**Renseignements cliniques (obligatoires)**

| | OUI | NON |
|---|---|---|
| Fièvre | | |
| Eruption cutanée/rash cutané | | |
| Diabète | | |
| Grossesse | | |
| Visée préventive (médecine du travail…) | | |
| Préopératoire | | |
| Bilan IST | | |

**Traitement**

□ Absence
□ Récent / en cours Débuté le : ...../...../..... Arrêté le ...../...../....
Nom du traitement : .....
□ A venir (à débuter après le prélèvement) Nom du traitement : .....