

Intérêt : recherche d'un agent responsable d'une infection broncho-pulmonaire (ECBC).

Matériel : utiliser un flacon à bouchon rouge stérile (sans conservateur).

Le recueil est à réaliser de préférence **le matin, au réveil, à jeun, et avant tout traitement antibiotique** (sauf indications particulières du médecin).

- 1- Se rincer la bouche à l'eau du robinet
- 2- Lors d'un effort de toux, recueillir un crachat dans le flacon stérile à bouchon rouge.
- **Ne pas cracher de la salive.**
 - **Le recueil doit être réalisé en une seule fois.**
- 3- Refermer le flacon et noter sur l'étiquette **vos nom, prénom, sexe et date de naissance ainsi que la date et l'heure du recueil.**
- 4- Introduire le flacon dans la pochette plastique et la fermer.

Apportez votre flacon et les documents (ordonnance et cette fiche complétée) au laboratoire **dans les 2 heures après le recueil, à température ambiante.**
En cas d'impossibilité, vous pouvez l'apporter dans les 6h en conservant votre flacon au frigo.

N.B. En cas de recherche de BK sur 3 jours, merci de nous apporter les flacons au fur et à mesure des recueils.

Merci de compléter le questionnaire au dos de cette fiche.



Intérêt : recherche d'un agent responsable d'une infection broncho-pulmonaire (ECBC).

Matériel : utiliser un flacon à bouchon rouge stérile (sans conservateur).

Le recueil est à réaliser de préférence **le matin, au réveil, à jeun, et avant tout traitement antibiotique** (sauf indications particulières du médecin).

- 1- Se rincer la bouche à l'eau du robinet
- 2- Lors d'un effort de toux, recueillir un crachat dans le flacon stérile à bouchon rouge.
- **Ne pas cracher de la salive.**
 - **Le recueil doit être réalisé en une seule fois.**
- 3- Refermer le flacon et noter sur l'étiquette **vos nom, prénom, sexe et date de naissance ainsi que la date et l'heure du recueil.**
- 4- Introduire le flacon dans la pochette plastique et la fermer.

Apportez votre flacon et les documents (ordonnance et cette fiche complétée) au laboratoire **dans les 2 heures après le recueil, à température ambiante.**
En cas d'impossibilité, vous pouvez l'apporter dans les 6h en conservant votre flacon au frigo.

N.B. En cas de recherche de BK sur 3 jours, merci de nous apporter les flacons au fur et à mesure des recueils.

Merci de compléter le questionnaire au dos de cette fiche.



☐ **Site de Bressuire** ☐ **Site de Thouars** ☐ **Site de Thouars Porte de Paris**
tél. 05 49 65 03 05 tél. 05 49 66 26 37 tél 05 49 66 17 07
48 Bd du Guédeau 2 Bd Bergeon 38 rue Porte de Paris
79300 BRESSUIRE 79100 THOUARS 79100 THOUARS

Merci de compléter le questionnaire suivant et de joindre **OBLIGATOIREMENT** votre ordonnance

PATIENT :	☐ M	☐ Mme	☐ Melle	☐ Enfant
Nom : Nom de naissance :				
Prénom (s) :				
Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F				
Adresse complète : Tél :				
Résultats patients : ☐ A poster ☐ A garder au labo				
☐ Par Internet : identifiants transmis par SMS – Tél. portable (obligatoire) :				
☐ J'ai déjà un compte Signature pour accord Internet :				
<u>PRESCRIPTEUR :</u>				
Nom du prescripteur + coordonnées si nécessaire :				
<u>RENSEIGNEMENTS</u>				
Date du recueil : Heure de recueil :				
Avez-vous conservé votre flacon au réfrigérateur ? ☐ Oui ☐ Non				
Etes-vous atteint de la Mucoviscidose ? ☐ Oui ☐ Non				
Etes-vous atteint d'une autre pathologie respiratoire ? ☐ Oui ☐ Non				
Si oui, précisez :				
Prenez-vous actuellement des antibiotiques ? ☐ Oui ☐ Non				
Si oui, précisez :				
S'agit-il d'un contrôle après traitement antibiotique ? ☐ Oui ☐ Non				
Si oui, depuis combien de jours avez-vous arrêté votre traitement ?				
Avez-vous des signes cliniques (fièvre, toux, essoufflement ...) ?				
.....				
<u>PATIENT 100% - TIERS PAYANT :</u>				
N° de Sécurité Sociale :				
Nom-Prénom de l'assuré :				
Caisse principale : Mutuelle : Date fin de droit :				

☐ **Site de Bressuire** ☐ **Site de Thouars** ☐ **Site de Thouars Porte de Paris**
tél. 05 49 65 03 05 tél. 05 49 66 26 37 tél 05 49 66 17 07
48 Bd du Guédeau 2 Bd Bergeon 38 rue Porte de Paris
79300 BRESSUIRE 79100 THOUARS 79100 THOUARS

Merci de compléter le questionnaire suivant et de joindre **OBLIGATOIREMENT** votre ordonnance

PATIENT :	☐ M	☐ Mme	☐ Melle	☐ Enfant
Nom : Nom de naissance :				
Prénom (s) :				
Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F				
Adresse complète : Tél :				
Résultats patients : ☐ A poster ☐ A garder au labo				
☐ Par Internet : identifiants transmis par SMS – Tél. portable (obligatoire) :				
☐ J'ai déjà un compte Signature pour accord Internet :				
<u>PRESCRIPTEUR :</u>				
Nom du prescripteur + coordonnées si nécessaire :				
<u>RENSEIGNEMENTS</u>				
Date du recueil : Heure de recueil :				
Avez-vous conservé votre flacon au réfrigérateur ? ☐ Oui ☐ Non				
Etes-vous atteint de la Mucoviscidose ? ☐ Oui ☐ Non				
Etes-vous atteint d'une autre pathologie respiratoire ? ☐ Oui ☐ Non				
Si oui, précisez :				
Prenez-vous actuellement des antibiotiques ? ☐ Oui ☐ Non				
Si oui, précisez :				
S'agit-il d'un contrôle après traitement antibiotique ? ☐ Oui ☐ Non				
Si oui, depuis combien de jours avez-vous arrêté votre traitement ?				
Avez-vous des signes cliniques (fièvre, toux, essoufflement ...) ?				
.....				
<u>PATIENT 100% - TIERS PAYANT :</u>				
N° de Sécurité Sociale :				
Nom-Prénom de l'assuré :				
Caisse principale : Mutuelle : Date fin de droit :				