



Formulaire

# Fiche de renseignements : prelevements bacteriologiques

Référence : C2-ENR14

Version 5

LABM BIOSEVRES

Site de Bressuire  
tél. 05 49 65 03 05  
48 Bd du Guédeau  
79300 BRESSUIRE

Site de Thouars  
tél. 05 49 66 2637  
2 Bd Bergeon  
79100 THOUARS

Site de Thouars Porte de Paris  
tél 05 49 66 17 07  
38 rue Porte de Paris  
79100 THOUARS

**Merci de joindre OBLIGATOIREMENT l'ordonnance**

**Préconisations : cf. Manuel de Prélèvement et C2-MO03 Prélèvements  
bactériologiques disponible sur celui-ci.**

## **PRELEVEUR :**

Identification du préleveur : .....

**Date du prélèvement :** ..... **Heure du prélèvement :** .....

Type de prélèvement :

Ecouvillonnage  Prélèvement à la seringue (pus, plaie profonde)

**Localisation du prélèvement :** .....

**Aspect de la lésion :** .....

Résultats patients :  A poster  A garder au labo  Par Internet

**PATIENT :** M.  Mme  Melle  Enfant

Nom : ..... **Nom de naissance :** .....

Prénom (s) : .....

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

Adresse complète : .....

Tél. : .....

**N.B. Pensez à identifier l'écouvillon avec le nom et prénom du patient**

## **RENSEIGNEMENTS :**

**Traitement en cours (antibiotiques / antifongiques) ?**  Oui  Non

Antibiotiques en lien avec l'analyse arrêtés depuis :  + de 7 jours  - de 7 jours

*Nom de l'antibiotique / antifongique :* .....

Clinique du patient (fièvre, douleur...) : .....

**Contexte / Circonstances de l'analyse :**

Suspicion d'infection  Traitement antibiotique inefficace

Patient greffé ou atteint d'hémopathie  Patient diabétique  Immunodéprimé

Grossesse en cours : antécédent d'accouchement prématuré ?  Oui  Non

Recherche d'infection sexuellement transmissible

Retour de voyage – date et lieu : .....

Bilan avant intervention chirurgicale  Autres .....

## **PATIENT 100% - TIERS PAYANT :**

N° de Sécurité Sociale : .....

Nom-Prénom de l'assuré : .....

Caisse principale : ..... Mutuelle : ..... Date fin de droit : .....



Formulaire

**Fiche de renseignements :  
prelevements bacteriologiques**

Référence : C2-ENR14

Version 5

**LABM BIOSEVRES**

Site de Bressuire  
tél. 05 49 65 03 05  
48 Bd du Guédeau  
79300 BRESSUIRE

Site de Thouars  
tél. 05 49 66 2637  
2 Bd Bergeon  
79100 THOUARS

Site de Thouars Porte de Paris  
tél 05 49 66 17 07  
38 rue Porte de Paris  
79100 THOUARS

**Merci de joindre OBLIGATOIREMENT l'ordonnance**

**Préconisations : cf. Manuel de Prélèvement et C2-MO03 Prélèvements  
bactériologiques disponible sur celui-ci.**

**PRELEVEUR :**

Identification du préleveur : .....

**Date du prélèvement :** ..... **Heure du prélèvement :** .....

Type de prélèvement :

- Ecouvillonnage                       Prélèvement à la seringue (pus, plaie profonde)

**Localisation du prélèvement :** .....

**Aspect de la lésion :** .....

Résultats patients :  A poster                       A garder au labo                       Par Internet

**PATIENT :**      M.                       Mme                       Melle                       Enfant

Nom : ..... **Nom de naissance :** .....

Prénom (s) : .....

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

Adresse complète : .....

Tél. : .....

**N.B. Pensez à identifier l'écouvillon avec le nom et prénom du patient**

**RENSEIGNEMENTS :**

**Traitement en cours (antibiotiques /antifongiques) ?**     Oui     Non

Antibiotiques en lien avec l'analyse arrêtés depuis :  + de 7 jours     - de 7 jours

Nom de l'antibiotique/antifongique : .....

Clinique du patient (fièvre, douleur...) : .....

**Contexte / Circonstances de l'analyse :**

- Suspicion d'infection                       Traitement antibiotique inefficace  
 Patient greffé ou atteint d'hémopathie     Patient diabétique     Immunodéprimé  
 Grossesse en cours : antécédent d'accouchement prématuré ?     Oui     Non  
 Recherche d'infection sexuellement transmissible  
 Retour de voyage – date et lieu : .....  
 Bilan avant intervention chirurgicale     Autres .....

**PATIENT 100% - TIERS PAYANT :**

N° de Sécurité Sociale : .....

Nom-Prénom de l'assuré : .....

Caisse principale : ..... Mutuelle : ..... Date fin de droit : .....