



Intérêt : cet examen permet de mettre en évidence une éventuelle infection par les germes *Chlamydia trachomatis* et/ou *Neisseria gonorrhoeae* et/ou *Trichomonas vaginalis*, responsable d'infections sexuellement transmises (IST).

Le prélèvement doit être réalisé dans le **milieu médical** (laboratoire, cabinet).

Matériel à utiliser par la patiente : **uniquement l'écouvillon** (N.B. ne pas jeter le kit, le tube sera utilisé par un professionnel de santé).

PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT

- 1- Se laver les mains avec du savon, les rincer et les sécher.
- 2- Désinfecter localement la peau (externe) avec une lingette antiseptique
- 3- Retirer l'écouvillon de sa gaine. Ne pas poser l'écouvillon sur une surface.
- 4- Tenir l'écouvillon par son bouchon blanc d'une main de sorte à orienter le bout de l'écouvillon vers soi.
- 5- De l'autre main, écarter les lèvres du vagin. Introduire doucement l'écouvillon dans le vagin **sur une distance de 3 à 5 cm environ**. Pointer l'embout vers le bas du dos et relâcher les muscles.
- 6- **Faire pivoter (tourner) l'écouvillon pendant 10-15 secondes** contre les parois du vagin.
- 7- Retirer l'écouvillon du vagin avec précaution, en évitant de toucher la peau.
- 8- Replacer l'écouvillon dans sa gaine et fermer bien avec le bouchon. Se laver de nouveau les mains.
- 10- **Remplir la fiche de renseignements au dos** puis la glisser dans la pochette avec l'ordonnance et le prélèvement.
- 11- Remettre immédiatement l'écouvillon et les documents au médecin, à l'infirmière ou à la secrétaire du laboratoire.
- 12- **Professionnel de santé :**
 - Inscrire sur l'étiquette du tube : **nom, prénom, date et heure du recueil**
 - Insérer l'écouvillon dans le fond du tube puis briser soigneusement la tige de l'écouvillon au niveau de la marque (le plus rapidement possible).





Intérêt : cet examen permet de mettre en évidence une éventuelle infection par les germes *Chlamydia trachomatis* et/ou *Neisseria gonorrhoeae* et/ou *Trichomonas vaginalis*, responsable d'infections sexuellement transmises (IST).

Le prélèvement doit être réalisé dans le **milieu médical** (laboratoire, cabinet).

Matériel à utiliser par la patiente : **uniquement l'écouvillon** (N.B. ne pas jeter le kit, le tube sera utilisé par un professionnel de santé).

PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT

- 1- Se laver les mains avec du savon, les rincer et les sécher.
- 2- Désinfecter localement la peau (externe) avec une lingette antiseptique
- 3- Retirer l'écouvillon de sa gaine. Ne pas poser l'écouvillon sur une surface.
- 4- Tenir l'écouvillon par son bouchon blanc d'une main de sorte à orienter le bout de l'écouvillon vers soi.
- 5- De l'autre main, écarter les lèvres du vagin. Introduire doucement l'écouvillon dans le vagin **sur une distance de 3 à 5 cm environ**. Pointer l'embout vers le bas du dos et relâcher les muscles.
- 6- **Faire pivoter (tourner) l'écouvillon pendant 10-15 secondes** contre les parois du vagin.
- 7- Retirer l'écouvillon du vagin avec précaution, en évitant de toucher la peau.
- 8- Replacer l'écouvillon dans sa gaine et fermer bien avec le bouchon. Se laver de nouveau les mains.
- 10- **Remplir la fiche de renseignements au dos** puis la glisser dans la pochette avec l'ordonnance et le prélèvement.
- 11- Remettre immédiatement l'écouvillon et les documents au médecin, à l'infirmière ou à la secrétaire du laboratoire.
- 12- **Professionnel de santé :**
 - Inscrire sur l'étiquette du tube : **nom, prénom, date et heure du recueil**
 - Insérer l'écouvillon dans le fond du tube puis briser soigneusement la tige de l'écouvillon au niveau de la marque (le plus rapidement possible).





**Préconisations
auto-prélèvement vaginal
(Chlamydia
/Gonocoques/Trichomonas)**

MU C1-ENR007 V07
Version : 7
Applicable le : 24-04-2024



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

☐ **Site de Thouars**
tél. 05 49 66 26 37
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 compléter le questionnaire suivant et de joindre
OBLIGATOIREMENT votre ordonnance**

PATIENT : Mme ☐ Mlle ☐

Nom : Nom de naissance :

Prénom (s) :

Date de naissance :

Adresse complète :

..... Tél :

Résultats patients : ☐ A poster ☐ A garder au labo ☐ Internet (avec accord signé)

PRESCRIPTEUR :

Nom du prescripteur + coordonnées si nécessaire :
.....

RENSEIGNEMENTS :

Date du recueil : Heure du recueil :

Prenez-vous actuellement des antibiotiques ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez

Avez-vous déjà pris un traitement antibiotique en lien avec ce prélèvement ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis combien de temps l'avez-vous arrêté ?

Avez-vous des symptômes ? ☐ Oui : ☐ Non

Transfert de l'écouvillon dans le tube, réalisé par : à :h....

PATIENT 100% - TIERS PAYANT :

N° de Sécurité Sociale :

Nom-Prénom de l'assuré :

Caisse principale : Mutuelle : Date fin de droit :

Page 2/2





**Préconisations
auto-prélèvement vaginal
(Chlamydia
/Gonocoques/Trichomonas)**

MU C1-ENR007 V07
Version : 7
Applicable le : 24-04-2024



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

☐ **Site de Thouars**
tél. 05 49 66 26 37
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 compléter le questionnaire suivant et de joindre
OBLIGATOIREMENT votre ordonnance**

PATIENT : Mme ☐ Mlle ☐

Nom : Nom de naissance :

Prénom (s) :

Date de naissance :

Adresse complète :

..... Tél :

Résultats patients : ☐ A poster ☐ A garder au labo ☐ Internet (avec accord signé)

PRESCRIPTEUR :

Nom du prescripteur + coordonnées si nécessaire :
.....

RENSEIGNEMENTS :

Date du recueil : Heure du recueil :

Prenez-vous actuellement des antibiotiques ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez

Avez-vous déjà pris un traitement antibiotique en lien avec ce prélèvement ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis combien de temps l'avez-vous arrêté ?

Avez-vous des symptômes ? ☐ Oui : ☐ Non

Transfert de l'écouvillon dans le tube, réalisé par : à :h....

PATIENT 100% - TIERS PAYANT :

N° de Sécurité Sociale :

Nom-Prénom de l'assuré :

Caisse principale : Mutuelle : Date fin de droit :

Page 2/2

