SYNLAB LABORATOIRES DE BIOLOGIE

Prélèvement génital

Fiche à compléter

NOM D'USAGE : **NOM DE NAISSANCE :**

PRENOM : **DDN :**

Date et heure du prélèvement : / / H

MOTIF DE LA CONSULTATION : _____

↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓ FEMME uniquement ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓

Symptômes : Date de début : _____ Signes locaux : ☐ Oui ☐ Non

☐ PRURIT	☐ DOULEURS PELVIENNES	☐ ODEUR	☐ BRÛLURES VULVAIRES	☐ LESIONS GENITALES
☐ LEUCORRHEES Aspect : _____			☐ CERVICITE (endoc) ☐ ENDOMETRITE (endoc)	☐ DYSPAREUNIE (douleur pendant un rapport sexuel)

Dépistage d'une Infection Sexuellement Transmissible :

☐ AVANT AMP	☐ FAUSSES COUCHES A REPETITION	☐ PARTENAIRE INFECTE	☐ PARTENAIRE OCCASIONNEL
☐ CONTRÔLE CHLAMYDIAE PCR Après traitement (6 semaines)	☐ CONTRÔLE GONOCOQUE PCR Après traitement	☐ BW positif	

Grossesse : ☐ Oui ☐ Non Date des dernières règles : _____

☐ RECHERCHE STREPTO B (PV1)	☐ RECHERCHE Infection Sexuellement Transmissible	☐ RECHERCHE VAGINOSE
☐ RECHERCHE MYCOSE	☐ RUPTURE PREMATUREE DE LA MEMBRANE (+ recherche mycoplasme)	

Matériel intra-utérin : ☐ Oui ☐ Non **Ménopause :** ☐ Oui ☐ Non

Examen clinique :

Localisation :	☐ VULVE	☐ VAGIN	☐ COL	☐ PERTES VAGINALES
Lésions type :	☐ CONDYLOME	☐ HERPES	☐ ATYPIQUE	
Aspect :	☐ CANDIDOSE	☐ VAGINOSE	☐ VAGINITE	
Récidive :	☐	☐	☐	
Antécédents :	☐	☐	☐	
Traitement antibiotique :	☐ AUCUN	☐ OVULE	☐ ANTIBIOTIQUE : _____	

Remarques :

Recherche PCR Chlamydiae/Gonocoque vaginal ou urinaire : ☐ Oui ☐ Non ☐ Autres

↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓ HOMME uniquement ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓

Symptômes : Date de début : _____ Signes locaux : ☐ Oui ☐ Non

☐ URETRITE	☐ BRÛLURES MICTIONNELLES / POLLAKIURIE		☐ DYSURIE / PRURIT	
☐ CHANCRE	☐ ULCERATIONS	☐ PROSTATITE	☐ EPIDIDYMITE	☐ ORCHITE

Dépistage d'une Infection Sexuellement Transmissible :

☐ AVANT AMP	☐ STERILITE	☐ PARTENAIRE INFECTE	☐ PARTENAIRE OCCASIONNEL
☐ CONTRÔLE CHLAMYDIAE PCR Après traitement (6 semaines)	☐ CONTRÔLE GONOCOQUE PCR Après traitement	☐ BW positif	

Examen clinique :

Localisation :	☐ GLAND	☐ VERGE	☐ SILLON Balano-Préputial	☐ URETRE
Lésions type :	☐ CONDYLOME	☐ HERPES	☐ ATYPIQUE	
Récidive :	☐	☐	☐	
Antécédents :	☐	☐	☐	
Traitement antibiotique :	☐ AUCUN	☐ ANTIBIOTIQUE : _____ Date de début : _____		

Remarques :

Recherche PCR Chlamydiae/Gonocoque urinaire : ☐ Oui ☐ Non ☐ Autres