

Informations relatives au Patient :

Nom d'Usage : _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone : __/__/__/__/__ E-MAIL : _____

Transmission des résultats : Serveur de résultats Impression au laboratoire

Informations relatives à l'Assuré :

Sécurité sociale : Nom et prénom de l'assuré : _____

Numéro d'assuré (SS) : __/__/__/__/____/____/____ Caisse (SS) : _____

Régime particulier : _____

Mutuelle : Nom : _____ N° AMC : _____ N° adhérent : _____

Consignes de réalisation :

PRELEVEMENT VAGINAL

Votre médecin vous a prescrit un prélèvement vaginal, afin de réaliser un recueil optimal, merci de respecter les consignes suivantes :

Mettez-vous à l'aise puis ôtez le tube et l'écouvillon de l'emballage.

Insérer l'écouvillon dans votre vagin à 5cm de profondeur et frottez le contre les parois pendant environ 30 secondes en réalisation simultanément des rotations (2). Une fois le prélèvement réalisé, remettre l'écouvillon dans le tube en le cassant au niveau de la partie noire (3) **ATTENTION de ne pas renverser le liquide à l'intérieur du tube.**

Enfin, et fermer le tube (4) et n'oubliez pas d'identifier votre prélèvement avec votre Nom, Prénom et date de naissance.

Il est préférable de différer le prélèvement de la période menstruelle.



Délai d'acheminement au laboratoire si prélèvement réalisé à domicile :

Apporter le prélèvement le plus rapidement possible au laboratoire

(< 12 heures à température ambiante)

Informations relatives au Prélèvement :

Date et heure de recueil : __/__/__ à __ h __

Mode recueil : Autoprélèvement sinon, Identité du préleveur : _____

Type de recherche :

- Prélèvement vaginal : culture (Eswab)
- Recherche de Chlamydia/Gonocoque/T.vaginalis (Eswab ou milieu BD max)
- Recherche de *Mycoplasma Genitalium* (Eswab ou milieu Aptima)
- Recherche d'herpes (M4RT) 



Contexte :

Dépistage simple (absence de symptôme) Oui Non

Dépistage dans le cadre d'une grossesse ? Oui Non

Si oui, DDG : __/__/____

Avez-vous des sensations de gêne voire brûlure ? Oui Non

Avez-vous des démangeaisons ? Oui Non

Avez-vous remarqué une modification de vos sécrétions vaginales ? Oui Non

Si oui, laquelle (odeur, aspect) ? _____

Avez-vous reçu un traitement antibiotique ? Oui Non

si Oui, lequel et quand ? _____