



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|--|---|--|--|---|----------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <p>Prélèvement effectué au laboratoire par : (Modifier le préleveur si inexact)</p> <p>Heure de réalisation :</p> <p><u>Code appel analyse</u> : PUOSUP PUOPROF PUF PEAU SAU</p> | <p>Nom du patient :</p> <p>NJF :</p> <p>DDN :</p> <p>Dossier N° :</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><u>Localisation anatomique</u> :</p> <p>.....</p> | <p><u>Nature du prélèvement</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Ecouvillons en milieu de transport (eSwab) <input type="checkbox"/> Seringue</p> <p><input type="checkbox"/> Ecouvillon sec <input type="checkbox"/> Boite de pétri</p> <p><input type="checkbox"/> Flacon stérile <input type="checkbox"/> Autres :</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><u>Date de début des symptômes</u> : __/__/__</p> <p><u>Type de lésions superficielles (PUOSUP)</u> :</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Peau saine</td> <td><input type="checkbox"/> Furoncle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lésion non suintante</td> <td><input type="checkbox"/> Perlèche</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lésion suintante</td> <td><input type="checkbox"/> Inflammation cutanée</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pus</td> <td><input type="checkbox"/> Erysipèle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Impétigo</td> <td><input type="checkbox"/> Hypothermie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pustule</td> <td><input type="checkbox"/> Griffure</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eruption cutanée</td> <td><input type="checkbox"/> Périonyxis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Folliculite</td> <td><input type="checkbox"/> Panaris</td> </tr> </table> <p><u>Type de lésions profondes ouvertes (PUOPROF)</u> :</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suppuration ouverte</td> <td><input type="checkbox"/> Fracture</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fistule</td> <td><input type="checkbox"/> Morsure</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ulcère</td> <td><input type="checkbox"/> Brûlure</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Escarre</td> <td><input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale - écoulement de cicatrice</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lésion nécrotique</td> <td><input type="checkbox"/> Point insertion cathéter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pied diabétique infecté</td> <td></td> </tr> </table> <p><u>Type de lésions profondes fermées (PUF)</u> :</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suppuration fermée</td> <td><input type="checkbox"/> Abscess</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adénopathie</td> <td><input type="checkbox"/> Abscess sous cutané</td> </tr> </table> <p><u>Autres symptômes ou motifs à cet examen</u> :</p> <p>.....</p> | <input type="checkbox"/> Peau saine | <input type="checkbox"/> Furoncle | <input type="checkbox"/> Lésion non suintante | <input type="checkbox"/> Perlèche | <input type="checkbox"/> Lésion suintante | <input type="checkbox"/> Inflammation cutanée | <input type="checkbox"/> Pus | <input type="checkbox"/> Erysipèle | <input type="checkbox"/> Impétigo | <input type="checkbox"/> Hypothermie | <input type="checkbox"/> Pustule | <input type="checkbox"/> Griffure | <input type="checkbox"/> Eruption cutanée | <input type="checkbox"/> Périonyxis | <input type="checkbox"/> Folliculite | <input type="checkbox"/> Panaris | <input type="checkbox"/> Suppuration ouverte | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Fistule | <input type="checkbox"/> Morsure | <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Brûlure | <input type="checkbox"/> Escarre | <input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale - écoulement de cicatrice | <input type="checkbox"/> Lésion nécrotique | <input type="checkbox"/> Point insertion cathéter | <input type="checkbox"/> Pied diabétique infecté | | <input type="checkbox"/> Suppuration fermée | <input type="checkbox"/> Abscess | <input type="checkbox"/> Adénopathie | <input type="checkbox"/> Abscess sous cutané | <p><u>Contexte clinique</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Fièvre (>38°C)</p> <p><input type="checkbox"/> Contrôle après traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Voyage tropical récent</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> Contexte d'immuno-dépression</p> <p><input type="checkbox"/> Corticothérapie</p> <p><input type="checkbox"/> Lésions similaires dans entourage</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche isolée de <i>Staphylococcus aureus</i> (SAU)</p> <p>Contact avec des animaux :</p> |
| <input type="checkbox"/> Peau saine | <input type="checkbox"/> Furoncle | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lésion non suintante | <input type="checkbox"/> Perlèche | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lésion suintante | <input type="checkbox"/> Inflammation cutanée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pus | <input type="checkbox"/> Erysipèle | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Impétigo | <input type="checkbox"/> Hypothermie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pustule | <input type="checkbox"/> Griffure | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Eruption cutanée | <input type="checkbox"/> Périonyxis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Folliculite | <input type="checkbox"/> Panaris | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Suppuration ouverte | <input type="checkbox"/> Fracture | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fistule | <input type="checkbox"/> Morsure | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Brûlure | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Escarre | <input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale - écoulement de cicatrice | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lésion nécrotique | <input type="checkbox"/> Point insertion cathéter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pied diabétique infecté | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Suppuration fermée | <input type="checkbox"/> Abscess | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Adénopathie | <input type="checkbox"/> Abscess sous cutané | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p><u>Traitement antibiotique ou antifongique EN COURS ?</u> Quel(s) antibiotique(s) ? :</p> <p>et depuis combien de jour :</p> <p><u>Traitement antibiotique ou antifongique TERMINE ?</u> (dans les trois mois écoulés) Quel(s) antibiotique(s) ? :</p> <p>et arrêt depuis combien de jour :</p> <p><u>Traitement antibiotique ou antifongique A PRENDRE ?</u> Quel(s) antibiotique(s) à prendre après cet examen ? :</p> <p><u>Hospitalisation récente ?</u> (dans les 6 mois écoulés) Si oui date de dernière hospitalisation : __/__/__</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |