

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

(document à caractère confidentiel)

HEMOCULTURE

Date du recueil :

Heure du recueil (Impératif) :

Nom :
Prénom :
OU Etiquette

MODALITES DE RECUEIL

<input type="checkbox"/> Ponction veineuse directe	<input type="checkbox"/> KT artériel §
<input type="checkbox"/> KT veineux périphérique	<input type="checkbox"/> Chambre implantable
<input type="checkbox"/> KT veineux central	<input type="checkbox"/> Autre :

Prise récente d'ATB (<10j) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
ATB en cours	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Nom :	
	Voie :	Depuis : _ / _ / _
ATB va être mis en route	<input type="checkbox"/> oui	Nom : <input type="checkbox"/> non

CIRCONSTANCES DE L'ANALYSE

<input type="checkbox"/> Fièvre inexplicée	<input type="checkbox"/> Infection sur matériel
<input type="checkbox"/> Suspicion d'endocardite	<input type="checkbox"/> Contrôle négativation d'hémoculture
<input type="checkbox"/> recherche particulière - entourer le(s) nom(s) du(des) germe(s) : Brucella, Listeria, Campylobacter, Legionella, bactéries du groupe HACEK, levures et moisissures, streptocoques déficients, Autre :	

SIGNES CLINIQUES §

Température > 38 °C	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Température < 36°C	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autres signes cliniques (entourer les items)		
Frissons / Sudation exagérée / Pâleur / Tachycardie / Tension basse		

PATHOLOGIE PRÉEXISTANTE

<input type="checkbox"/> immunodépression	<input type="checkbox"/> aplasie	<input type="checkbox"/> autre :
---	----------------------------------	--

INFECTIONS CONCOMITANTES ou SUSPECTÉES :

.....

SCAN	<input type="checkbox"/> OK
------	-----------------------------

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

(document à caractère confidentiel)

HEMOCULTURE

Date du recueil :

Heure du recueil (Impératif) :

Nom :
Prénom :
OU Etiquette

MODALITES DE RECUEIL

<input type="checkbox"/> Ponction veineuse directe	<input type="checkbox"/> KT artériel §
<input type="checkbox"/> KT veineux périphérique	<input type="checkbox"/> Chambre implantable
<input type="checkbox"/> KT veineux central	<input type="checkbox"/> Autre :

Prise récente d'ATB (<10j) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
ATB en cours	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Nom :	
	Voie :	Depuis : _ / _ / _
ATB va être mis en route	<input type="checkbox"/> oui	Nom : <input type="checkbox"/> non

CIRCONSTANCES DE L'ANALYSE

<input type="checkbox"/> Fièvre inexplicée	<input type="checkbox"/> Infection sur matériel
<input type="checkbox"/> Suspicion d'endocardite	<input type="checkbox"/> Contrôle négatation d'hémoculture
<input type="checkbox"/> recherche particulière - entourer le(s) nom(s) du(des) germe(s) : Brucella, Listeria, Campylobacter, Legionella, bactéries du groupe HACEK, levures et moisissures, streptocoques déficients, Autre :	

SIGNES CLINIQUES §

Température > 38 °C	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Température < 36°C	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autres signes cliniques (entourer les items)		
Frissons / Sudation exagérée / Pâleur/ Tachycardie / Tension basse		

PATHOLOGIE PRÉEXISTANTE

<input type="checkbox"/> immunodépression	<input type="checkbox"/> aplasie	<input type="checkbox"/> autre :
---	----------------------------------	--

INFECTION CONCOMITANTES ou SUSPECTÉES :

.....

SCAN	<input type="checkbox"/> OK
------	-----------------------------