

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

(document à caractère confidentiel)

PRELEVEMENT URETRAL

Date du recueil :

Heure du recueil (Impératif) :

Réalisé au labo : OUI NON

<p>Mr</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>OU Etiquette</p>
--

MODALITES DE RECUEIL

<input type="checkbox"/> urine 1 ^{er} jet après toilette locale	<input type="checkbox"/> urine 1 ^{er} jet sans toilette locale
<input type="checkbox"/> Prélèvement urétral	<input type="checkbox"/> Autres

Antibiotique en cours ou <10j	<input type="checkbox"/> oui Nom : Depuis: __/__/__ Jusqu'au : __/__/__	<input type="checkbox"/> non
-------------------------------	---	------------------------------

Présence de signes cliniques :

<input type="checkbox"/> écoulement	<input type="checkbox"/> chancre mou	<input type="checkbox"/> douleurs pendant rapport
<input type="checkbox"/> brûlures pendant miction	<input type="checkbox"/> odeur inhabituelle des urines	
Autres (préciser) :		

Absence de signes cliniques :

<input type="checkbox"/> bilan systématique d'IST	<input type="checkbox"/> contrôle après rapport non protégé
<input type="checkbox"/> contrôle après traitement	
Autres (préciser) :	
SCAN OK <input type="checkbox"/>	

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

(document à caractère confidentiel)

PRELEVEMENT URETRAL

Date du recueil :

Heure du recueil (Impératif) :

Réalisé au labo : OUI NON

<p>Mr</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>OU Etiquette</p>
--

MODALITES DE RECUEIL

<input type="checkbox"/> urine 1 ^{er} jet après toilette locale	<input type="checkbox"/> urine 1 ^{er} jet sans toilette locale
<input type="checkbox"/> Prélèvement urétral	<input type="checkbox"/> Autres

Antibiotique en cours ou <10j	<input type="checkbox"/> oui Nom : Depuis: __/__/__ Jusqu'au : __/__/__	<input type="checkbox"/> non
-------------------------------	---	------------------------------

Présence de signes cliniques :

<input type="checkbox"/> écoulement	<input type="checkbox"/> chancre mou	<input type="checkbox"/> douleurs pendant rapport
<input type="checkbox"/> brûlures pendant miction	<input type="checkbox"/> odeur inhabituelle des urines	
Autres (préciser) :		

Absence de signes cliniques :

<input type="checkbox"/> bilan systématique d'IST	<input type="checkbox"/> contrôle après rapport non protégé
<input type="checkbox"/> contrôle après traitement	
Autres (préciser) :	
SCAN OK <input type="checkbox"/>	