

**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 <sup>er</sup> jet après toilette locale	<input type="checkbox"/> urine 1 <sup>er</sup> 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 <sup>er</sup> jet après toilette locale	<input type="checkbox"/> urine 1 <sup>er</sup> 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"/>	