



FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PRELEVEMENT VAGINAL

(Document à caractère confidentiel)

Nom :

Prénom :

DDN :/...../.....

Date et heure de recueil :
.....Nom de l'antibiotique :
.....

ANTIBIOTIQUES

- Non En cours ou <10J
 A venir

CONTEXTE

Grossesse

- Oui Non



SITUATIONS A RISQUE



- Rupture prématurée des membranes
 Cerclage
 Menace accouchement prématuré
 Autres :.....

SYMPTÔMES

- Douleurs bas ventre
 Pertes Douleurs pendant les rapports sexuels
 Démangeaisons Fièvre
 Brûlures Lésion vulvaire
 Odeurs Autre

AUTRES INDICATIONS

- Contrôle après frottis Bilan IST
 Contrôle après traitement Scan OK



FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PRELEVEMENT VAGINAL

(Document à caractère confidentiel)

Nom :

Prénom :

DDN :/...../.....

Date et heure de recueil :
.....Nom de l'antibiotique :
.....

ANTIBIOTIQUES

- Non En cours ou <10J
 A venir

CONTEXTE

Grossesse

- Oui Non



SITUATIONS A RISQUE



- Rupture prématurée des membranes
 Cerclage
 Menace accouchement prématuré
 Autres :.....

SYMPTÔMES

- Douleurs bas ventre
 Pertes Douleurs pendant les rapports sexuels
 Démangeaisons Fièvre
 Brûlures Lésion vulvaire
 Odeurs Autre

AUTRES INDICATIONS

- Contrôle après frottis Bilan IST
 Contrôle après traitement Scan OK