

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

(document à caractère confidentiel)

**EXPECTORATION**

Mme
Nom : .....
Prénom : .....
OU Etiquette

Date du recueil : .....

Heure du recueil (Impératif) : .....

**MODALITES DE RECUEIL**

A jeun ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Antécédent ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**TYPE DE RECUEIL**

<input type="checkbox"/> effort de toux	<input type="checkbox"/> suite kinésithérapie	<input type="checkbox"/> aspiration bronchique
---	---	--

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

**SIGNES CLINIQUES**

<input type="checkbox"/> Toux persistante	<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Douleur Thoracique
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :		

**PATHOLOGIES CONNUES**

<input type="checkbox"/> Pneumopathie aigüe	<input type="checkbox"/> Mucoviscidose	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Suppurations : <input type="checkbox"/> Abscès pulmonaire <input type="checkbox"/> Pleurésie purulente		
<input type="checkbox"/> Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)		
<input type="checkbox"/> Dilatation des bronches	<input type="checkbox"/> Immunodépression	

 Conforme ?  Oui  Non – Motif( ex : salivaire) :

 Scan OK 
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

(document à caractère confidentiel)

**EXPECTORATION**

Mme
Nom : .....
Prénom : .....
OU Etiquette

Date du recueil : .....

Heure du recueil (Impératif) : .....

**MODALITES DE RECUEIL**

A jeun ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Antécédent ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**TYPE DE RECUEIL**

<input type="checkbox"/> effort de toux	<input type="checkbox"/> suite kinésithérapie	<input type="checkbox"/> aspiration bronchique
---	---	--

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

**SIGNES CLINIQUES**

<input type="checkbox"/> Toux persistante	<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Douleur Thoracique
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :		

**PATHOLOGIES CONNUES**

<input type="checkbox"/> Pneumopathie aigüe	<input type="checkbox"/> Mucoviscidose	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Suppurations : <input type="checkbox"/> Abscès pulmonaire <input type="checkbox"/> Pleurésie purulente		
<input type="checkbox"/> Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)		
<input type="checkbox"/> Dilatation des bronches	<input type="checkbox"/> Immunodépression	

 Conforme ?  Oui  Non – Motif( ex : salivaire) :

 Scan OK