

EXPECTORATIONS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

Document à caractère confidentiel)

Date du recueil

.....

Heure du recueil (Impératif)

.....

Mme
Nom :
Prénom :
OU Etiquette

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"/> Abscess pulmonaire <input type="checkbox"/> Pleurésie purulente		
<input type="checkbox"/> Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)		
<input type="checkbox"/> Dilatation des bronches	<input type="checkbox"/> Immunodépression	

Conforme ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Motif (ex : salivaire) :

*si contexte de mucoviscidose => envoi du prélèvement au CHU

EXPECTORATIONS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

Scan OK

(Document à caractère confidentiel)

Date du recueil

.....

Heure du recueil (Impératif)

.....

Mme
Nom :
Prénom :
OU Etiquette

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"/> Abscess pulmonaire <input type="checkbox"/> Pleurésie purulente		
<input type="checkbox"/> Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)		
<input type="checkbox"/> Dilatation des bronches	<input type="checkbox"/> Immunodépression	

Conforme ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Motif (ex : salivaire) :

EXPECTORATIONS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

*si contexte de mucoviscidose => envoi du prélèvement au CHU

Scan OK