

Intérêt : Mettre en évidence les germes responsables d'infection génitale. A réaliser avant de débiter les traitements éventuellement prescrits, sauf avis contraire du médecin.

Conditions à respecter :

- | | | |
|--|-----------------------------|----------------------------------|
| ☐ Ne pas avoir débuté de traitement antibiotique ou antifongique (ovules ou comprimés) | ☐ OK | ☐ Pas OK* |
| ☐ S'il s'agit d'un contrôle après traitement, avoir terminé le traitement depuis : | | |
| ☐ Minimum 6 semaines pour les infections à Chlamydiae..... | ☐ OK | ☐ Pas OK |
| ☐ Minimum 5 jours pour les autres infections..... | ☐ OK | ☐ Pas OK |
| ☐ Ne pas avoir nettoyé l'intérieur du vagin depuis 48h minimum..... | ☐ OK | ☐ Pas OK |
| (Vous pouvez cependant faire une toilette extérieure de la vulve) | | |
| ☐ Pas d'application vaginale de lubrifiants, probiotiques, hormones : | | |
| ☐ depuis 24h sous forme de Crèmes et gels..... | ☐ OK | ☐ Pas OK |
| ☐ depuis 48h sous forme d'ovules « classiques »..... | ☐ OK | ☐ Pas OK |
| ☐ depuis 4 jours sous forme d'ovules à libération prolongée (LP) | ☐ OK | ☐ Pas OK |
| ☐ Pas de rapport sexuel depuis 24h, ni d'échographie endovaginale..... | ☐ OK | ☐ Pas OK |
| ☐ Pas pendant les règles..... | ☐ OK | ☐ Pas OK* |

*En cas de demande expresse du médecin : COMCP. En cas de symptômes persistants/urgence : DERO/CPA

RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR LA PATIENTE

Nom : Prénom : Née le :

• **J'ai des symptômes :** ☐ OUI ☐ NON

- ☐ Douleurs lors des rapports sexuels ☐ Démangeaisons ☐ Odeur
- ☐ Inconfort, sécheresse ☐ Brûlures en urinant ☐ Ulcérations/ vésicules
- ☐ Pertes anormales :
- ☐ Autre :

• **Mon partenaire a des symptômes ou une infection :** ☐ OUI ☐ NON

Détail :

• **Il s'agit d'un contrôle après traitement :** ☐ OUI ☐ NON

Type infection : date :

• **J'ai pris un traitement Antibiotique ou Antifongique ? (Comprimés ou ovules) :** ☐ OUI ☐ NON

Nom du traitement : Date de dernière prise :

• **J'ai un traitement à débiter après le prélèvement :** ☐ OUI ☐ NON

Détail :

• **Il s'agit d'un examen systématique :**

- Lors de la grossesse, préciser la date de début de grossesse : xx / xx / 20 xx..... ☐ OUI ☐ NON
- Dépistage des infections sexuellement transmissibles ☐ OUI ☐ NON
- Dans le cadre d'un bilan de fertilité..... ☐ OUI ☐ NON
- Autres :

Réservé au laboratoire :

- **Date/Heure du prélèvement :** le à H
☐ Au labo ☐ Réceptionné : le à H par
- **Préleveur :** ☐ Auto-prélèvement ☐ Par Bio ☐ Par IDE labo ☐ Par prescripteur
- **Conformité :** ☐ OUI ☐ NON : Dérogation du BIO ? ☐ OUI (DERO + CPA) ☐ NON (Refus)