



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

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