

FICHE DE TRANSMISSION

Prélèvements génitaux – Femme

(dont Chlamydiae, Gonocoque et Mycoplasma genitalium)

1. PRÉLÈVEMENT

Avant de réaliser le prélèvement, il est **IMPORTANT** de lire les **MODALITES DE RECUEIL** au verso.

 Urgent

Effectué le : ____ / ____ / ____ à ____ h **Par :** _____ Cabinet infirmier

Transmetteur : _____
 Nom et adresse ou tampon :

Votre prélèvement : Autoprélèvement Prélèvement Vaginal
 Endocervical Vulvaire Rectal Autre : _____

Milieu de transport : Ecouvillon Eswab Milieu M4RT (viro) Ecouvillon sec Autre : _____

MERCI DE TRANSMETTRE AU PLUS TÔT LES PRELEVEMENTS AU LABORATOIRE

2. PATIENT

M Mme Enf. **Nom :** _____ **Nom de naissance :** _____

Prénom : _____ **Sexe :** M F **Date de naissance (impératif) :** ____ / ____ / ____

Email (à inscrire IMPERATIVEMENT) : _____ @ _____

ADRESSE : _____

Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ **Résultat :** Internet Laboratoire Poste (+ 1€) remis IDE

N° SS de l'assuré et Caisse : _____

Mutuelle : _____ 100% ALD AT CMU

3. PRESCRIPTEUR

Médecin prescripteur : _____ (Joindre l'ordonnance)

Généraliste Spécialiste Si besoin : double au généraliste : _____

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

• **Symptômes** évocateurs d'infection génitale ? OUI NON

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Troubles urinaires |
| <input type="checkbox"/> Démangeaisons | <input type="checkbox"/> Saignements (hors règles) |
| <input type="checkbox"/> Brulures | Date de début des troubles :/...../..... |

• Vos pertes vaginales sont : Blanches épaisses Verdâtres Mousseuses Malodorantes Autres : ...
 Autres symptômes (à décrire) : _____

• Si absence de symptômes : Préciser le contexte de la demande :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dépistage IST (Maladie Sexuellement Transmissible) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Contrôle IST après traitement. Quelle IST ? _____ | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Partenaire testé Mycoplasma genitalium + | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Autre : Précisez _____ (StreptoB, HPV... ? (fiche HPV MIC-E-136-xx) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

• **Grossesse :**

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En cours (Date de début de grossesse : ____ / ____ / ____) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Accouchement datant de moins de 2 mois (Date : ____ / ____ / ____) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Menace d'accouchement prématuré | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

• **Ménopause ?** OUI NON

• **Prise d'antibiotique** récente (3 derniers mois) ou prévue ? OUI NON

- Si **OUI**, nom de l'antibiotique : _____ Allergie Amoxicilline ?
- Début du traitement : ____ / ____ / ____
- Arrêt du traitement : ____ / ____ / ____

• **Traitement antifongique** pris récemment (< 15J) ? Si oui cocher : Ovule Crème

• **Contraception :** Pilule Stérilet Implant Autre : _____

5. RÉCEPTION (Cadre réservé au laboratoire)

Réceptionné le : ____ / ____ / ____ à ____ h **Par :** _____

Prélèvement conservé au réfrigérateur avant le dépôt ? OUI (conseillé) NON Non communiqué

Prélèvement non-conforme (enregistrer une non-conformité dans le système informatique central)

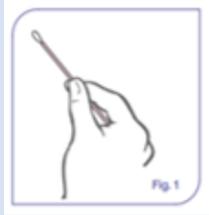
6. MODALITES DE L'AUTOPRELEVEMENT (Réalisé par la patiente) :

ATTENTION : Suivre les recommandations suivantes pour le recueil :

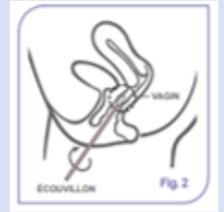
Précautions à prendre : se laver les mains avant de réaliser l'auto-prélèvement.

1- Poser le tube contenant le liquide pour qu'il soit stable.

2- Saisir l'écouvillon et le tenir comme le montre la figure 1, en plaçant le pouce et l'index au milieu de la tige



3- Introduire délicatement l'écouvillon dans le vagin (min 5cm) (cf. figure 2), et tourner doucement l'écouvillon pendant 10 à 30 secondes en s'assurant qu'il touche les parois (internes) du vagin.
 4- Retirer l'écouvillon sans toucher la peau.
 5- Pendant que vous tenez l'écouvillon, dévisser le bouchon du tube. Veiller à ne pas renverser le contenu du tube.

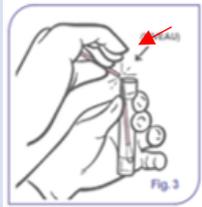


(Si cela arrive, redemander un nouveau kit de prélèvement).

6- Placer l'écouvillon dans le liquide et casser la tige en la pliant sur le bord au niveau du trait rouge comme le montre la figure 3.



Ne pas toucher la zone située sous le trait coloré (risque de contamination)



7- Refermer le tube en vissant fermement le bouchon (cf. figure 4).
 8- Identifier le prélèvement avec vos Nom, prénom et date de naissance.



9- **Rapporter le flacon le plus rapidement possible.**
 (Stockage au réfrigérateur recommandé si besoin)

7. MODALITES DU PRELEVEMENT VAGINAL ou sur ENDOCOL (Réalisé au laboratoire par un personnel habilité, ou au cabinet médical, gynécologue ou infirmier) :

- Insérer l'écouvillon de prélèvement dans le col de l'utérus et tourner de 15 à 30 secondes
- Retirer l'écouvillon doucement en évitant les contacts avec le mucus vaginal
- **Placez immédiatement l'écouvillon dans le tube de transport** de telle sorte que la pointe de l'écouvillon soit visible au-dessous de l'étiquette du tube.
- Cassez avec précaution la tige d'écouvillon au niveau de la ligne de coupe.
- Jetez la partie supérieure de la tige de l'écouvillon.



Transmettre le tube **identifié** (nom, prénom)
 (cf Ubilab pour délai de conservation)

- Mettre le flacon et/ou le tube dans la pochette prévue et la sceller
- Ajouter dans la pochette du sachet les documents (fiche de transmission complétée et ordonnance)