



CENTRE BIOLOGIQUE

LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE

Audruicq Beau-Marais Bray-Dunes Blériot Calais Desvres Marck Marquise Wimereux

KIT POUR MICROBIOLOGIQUE A VISEE GYNECOLOGIQUE

(A conserver entre 15 et 25°C)

A transmettre au laboratoire immédiatement après le prélèvement (maximum 5H00 pour la recherche des mycoplasmes et 24h00 pour les autres recherches)

- **Culture et examen direct** (germes banaux, gardnerella, candida, trichomonas, gonocoques) :

1 écouvillon eswab : milieu liquide avec bouchon bleu

Après écouvillonnage, décharger et casser 1 écouvillon dans le milieu liquide.



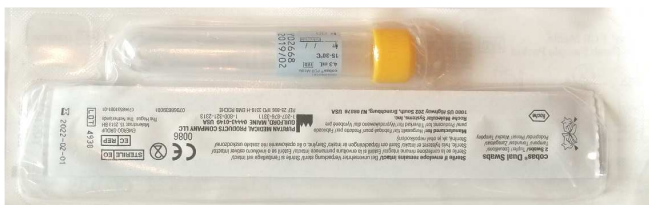
- **Mycoplasmes :**

1 écouvillon dacron jaune pour la recherche des mycoplasmes



- **Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae par biologie moléculaire :**

1 kit multi-Collect. Décharger et casser l'écouvillon dans le tube à bouchon jaune.



- **Vérifier les péremptions des écouvillons**
- **Identification des écouvillons :** Le préleveur note le nom, le prénom, la date de naissance et le nom de jeune fille de la patiente sur chaque échantillon prélevé. Il précise le site de prélèvement et complète **OBLIGATOIREMENT** le verso de ce document.

IDENTITE PATIENT (obligatoire pour l'identitovigilance)

NOM :

PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

LOCALITE :

TEL :

N° SECURITE SOCIALE

PRELEVEMENT (obligatoire pour valider la phase pré-analytique)

DATE DU PRELEVEMENT :

HEURE DU PRELEVEMENT :

IDENTITE DU PRELEVEUR :

CONTEXTE DATE DES DERNIERES REGLES GROSSESSE DATE DE DEBUT DE GROSSESSE : MENOPAUSE**VISEE DU PRELEVEMENT**

Diagnostic évoqué :

 MYCOSE VULVOVAGINITE (IST) ENDOCERVICITE VAGINOSE BACTERIENNE VAGINITE BACTERIENNE INFECTION UTEROANNEXIELLES DEPISTAGE DU PORTAGE VAGINAL DU STREPTOCOQUE B (35-37 SA)**CLINIQUE : obligatoire pour l'interprétation de l'examen** PRURIT DOULEURS PELVIENNES BRULURES VULVAIRES DYSPAREUNIE DEPISTAGE D'UNE INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE AVANT AMP PARTENAIRE INFECTE MENOPAUSE

AUTRE :

THERAPEUTIQUE

Avant le prélèvement

Après le prélèvement

TRAITEMENT ANTISEPTIQUE

 OUI Lequel :
 NON OUI Lequel :
 NON

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

 OUI Lequel :
 NON OUI Lequel :
 NON

TRAITEMENT ANTIFONGIQUE

 OUI Lequel :
 NON OUI Lequel :
 NON

AUTRE :