

Expectoration

Les conditions de prélèvement à respecter sont les suivantes :

Examen à effectuer à distance d'une antibiothérapie.

- Le matin au lever.
- Pratiquer un lavage bucco-dentaire et rincer la bouche avec un verre d'eau.
- Prélever les expectorations obtenues après un effort de toux directement dans le flacon stérile fourni par le laboratoire.
- Identifier le flacon avec vos nom, prénom et date de naissance si cela n'a pas été fait par le laboratoire.
- Apporter le prélèvement au laboratoire le plus rapidement possible moins d'1 heure 1/2 en le conservant à température ambiante.
- **Ne jamais conserver ce prélèvement au froid.**

A compléter par le patient													
Nom : Prénom : Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Date de naissance :/...../..... Téléphone :													
<u>Date de recueil</u> :/...../.....	<u>Heure du recueil</u> : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>												
<ul style="list-style-type: none"> • Le prélèvement a-t-il été mis au réfrigérateur ? • Prélèvement en vue du diagnostic d'infection broncho-pulmonaire ? • Souffrez-vous de mucoviscidose ? • Avez-vous un ou plusieurs des symptômes suivants ? Si OUI, lesquels (entourer): Fièvre / Toux purulente / Toux sèche / Pathologie respiratoire chronique. • Le médecin a-t-il prescrit un traitement antibiotique ? Si OUI, Nom de l'antibiotique : L'avez-vous commencé ? : Si OUI, depuis quand ? :..... • S'agit-il d'un contrôle après un traitement antibiotique ? Si OUI, Nom de l'antibiotique : Indiquer la fin du traitement : 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">OUI</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OUI	NON												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

Réception au laboratoire Date : Heure :	Conforme
---	----------

Flacon à fournir : flacon stérile, si possible pré-identifié dans une enveloppe opaque.