



Fiche de liaison pour les prélèvements bactériologiques

NOM : Sexe H F
 NOM de naissance : Date de naissance :
 PRÉNOM :
 Adresse postale :
 ☎ : / / / /
 @ :
 N° SECU : Centre SECU :
 Mutuelle : N°AMC/PREF :
 Merci de fournir **IMPÉRATIVEMENT** la copie de la carte de mutuelle pour tout nouveau patient / changement droits

LOCALISATION DU PRELEVEMENT :

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE :

Date de la dernière prise ou application :
 Nom antibiotique :

INDICATION

- Recherche d'infection Pré-opératoire
 Post-opératoire Suivi de traitement
 Autre **URGENT**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (fièvre, douleurs...) :

FACTEURS DE RISQUES (diabète, immunodépression, grossesse...) :

PRELEVEMENT : Date : Heure :

PRELEVEUR Nom : Prénom :
 Qualité : IDE Médecin Autre :
 Tél :

MEDECIN ANALYSES

Retrait au labo A Poster Email



Fiche de liaison pour les prélèvements bactériologiques

NOM : Sexe H F
 NOM de naissance : Date de naissance :
 PRÉNOM :
 Adresse postale :
 ☎ : / / / /
 @ :
 N° SECU : Centre SECU :
 Mutuelle : N°AMC/PREF :
 Merci de fournir **IMPÉRATIVEMENT** la copie de la carte de mutuelle pour tout nouveau patient / changement droits

LOCALISATION DU PRELEVEMENT :

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE :

Date de la dernière prise ou application :
 Nom antibiotique :

INDICATION

- Recherche d'infection Pré-opératoire
 Post-opératoire Suivi de traitement
 Autre **URGENT**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (fièvre, douleurs...) :

FACTEURS DE RISQUES (diabète, immunodépression, grossesse...) :

PRELEVEMENT : Date : Heure :

PRELEVEUR Nom : Prénom :
 Qualité : IDE Médecin Autre :
 Tél :

MEDECIN ANALYSES

Retrait au labo A Poster Email