

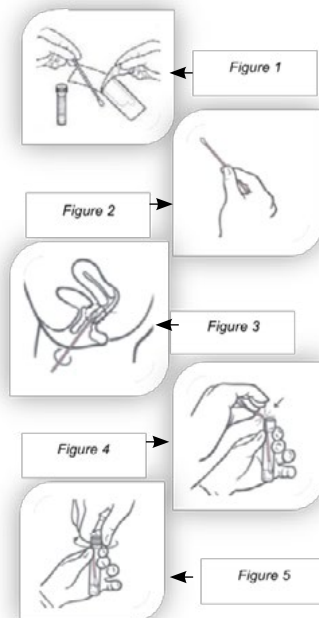
Plateau technique - rue des Aigrettes -44570 Trignac - Tél : 02-40-22-55-51

## PROTOCOLE DE RECUEIL



Merci de suivre attentivement les instructions suivantes afin d'assurer qualité et fiabilité de vos résultats.

1. Se laver les mains
2. Ouvrir partiellement le sachet contenant l'écouvillon et le tube à bouchon rose (figure 1)
3. Enlever l'écouvillon du sachet. Ne pas toucher le coton, ne le laisser pas tomber et le tenir comme l'indique la figure 2
4. Prendre la position utilisée pour mettre un tampon et introduire l'écouvillon de 3 cm. Tourner doucement l'écouvillon 10 secondes pour qu'il soit en contact avec les parois du vagin (figure 3).
5. Retirer l'écouvillon sans toucher la peau.
6. En tenant l'écouvillon, enlever le bouchon du tube et placer l'écouvillon dans le tube
7. Casser précautionneusement la tige au niveau indiqué en la pressant contre le bord du tube (figure 4).
8. Revisser fermement le bouchon (figure 5).
9. Indiquer votre nom, prénom et date de naissance sur le tube
10. Remplir la fiche de renseignements confidentiels (au dos)
11. Placer le tube dans le sachet fourni.  
Glisser la fiche de renseignements complétée et la prescription dans la poche latérale



**Conservation à température ambiante. Rapporter le prélèvement au laboratoire dans les plus brefs délais (24h maximum).**

*Le laboratoire est à votre disposition pour toute information complémentaire.*

# RENSEIGNEMENTS À COMPLÉTER

CODE BARRE TRANSPORT : ..... (réservé au laboratoire)

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom du patient : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  M  F

Adresse : .....

.....

.....

Tél. : ..... / ..... / ..... / .....

## PRISE EN CHARGE

N° de sécurité sociale :

□□□□□□□□□□□□□□□□/□□

Nom caisse (CPAM, MSA) .....

Département : □□

Pour effectuer le Tiers-payant, fournir les justificatifs de sécurité sociale (attestation) et de mutuelle.

## EN L'ABSENCE DE PRESCRIPTION

Analyse demandées .....

Médecin destinataire .....

**Prescription à transmettre  
dans les plus brefs délais.**

## RÉSULTATS (décret 2016-46 du 26/01/2016)

Sur le serveur internet : (Pour activer votre compte, envoyer un mail à [informatique.biolum@laborizon.fr](mailto:informatique.biolum@laborizon.fr))

Au laboratoire

Autorise M<sup>(me)</sup> .....

à récupérer mes résultats

Par courrier

Autre médecin destinataire

## PRÉLÈVEMENT

Date de recueil : ..... / ..... / .....

Heure de recueil : .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Pertes vaginales ?                      oui     non

Aspect .....

- Douleurs pelviennes ?                  oui     non

- Démangeaisons ?                        oui     non

- Irritations ?                              oui     non

- Présence d'un stérilet ?                oui     non

- Traitement en cours                    oui     non   
antibiotique / antifongique (ovules) ?

Si oui, Nom : .....

- Grossesse ?                              oui     non

Date début de grossesse : ..... / ..... / .....

- Contrôle après traitement ?        oui     non

## PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Réception : date : ..... heure : .....

Nom du vérificateur : .....

Conformité :  oui     non