

Prélèvement au niveau de l'oeil

_C2ENROEIL

- Utiliser les écouvillons avec milieu de transport fournis par le laboratoire : prélever 2 écouvillons
- Respecter le mode opératoire _C2MOPBAC « Prélèvements microbiologiques » consultable sur le site internet www.myxlab.fr
- **Prélever si possible avant tout traitement antibiotique local ou général**
- **Identifier les écouvillons** avec le nom et prénom du patient, la date et l'heure du prélèvement
- **Compléter** les renseignements cliniques, la demande d'analyses et joindre la prescription
- Conservation : 48 heures à température ambiante (15 à 25 °C)
- **Il est recommandé d'acheminer les prélèvements au laboratoire dans les plus brefs délais**

NB : Un support recommandé ainsi qu'un délai respecté assurent la qualité des résultats.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

(Questionnaire à compléter afin d'optimiser l'interprétation des résultats)

Nom :	Nom de naissance :		
Prénom :	Date de naissance :/...../.....		
Date du prélèvement:/...../.....	Heure du prélèvement :		
		OUI	NON
Portez-vous des lentilles de contact ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le prélèvement est-il demandé dans un contexte de bilan pré-opératoire ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des signes cliniques ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI, lesquels (<i>entourer la (les) réponse(s)</i>) : rougeur oculaire / douleur oculaire douleur oculaire / gêne oculaire / pus (œil collé le matin) / sensation de corps étranger / baisse de l'acuité visuelle / autre :			
Le médecin a-t-il prescrit un antibiotique/antifongique pour ce prélèvement ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI, nom de l'antibiotique/antifongique :			
<input type="checkbox"/> Il est en cours depuis : <input type="checkbox"/> Il est arrêté depuis :			
<input type="checkbox"/> Il va être mis en route			
S'agit-il d'un contrôle après traitement antibiotique/antifongique ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y-a-t-il des circonstances particulières favorisantes ? (<i>entourer la (les) réponse(s)</i>)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
traumatisme de l'œil / diabète / immunodépression (traitement corticoïde,...) antécédents de chirurgie oculaire / antécédents de conjonctivite infectieuse / conjonctivite allergique / syndrome sec / autre :			
Nature du prélèvement :	<input type="checkbox"/> PRELEVEMENT CONJONCTIVAL	<input type="checkbox"/> BOITIER LENTILLES DE CONTACT	
	<input type="checkbox"/> AUTRE :		