



- Aire sur la lys 03 21 39 26 90
- Longuenesse 03 21 39 92 92
- Lumbres 03 21 95 31 15

Prélèvements de lésions et suppurations cutanées superficielles

Pour assurer la **qualité et la fiabilité des résultats**, il est indispensable de respecter les instructions de recueil, de conservation et de compléter le paragraphe « Contexte et renseignements cliniques ».

Instructions de prélèvement

- Quand ?** - A distance de tout traitement antibiotique ou antiseptique local ou général (sauf avis médical contraire)
- Comment ?**
- Mettre des gants à usage unique
 - Préparer la plaie : débridement au moyen d'une curette ou d'un bistouri stérile pour éliminer les parties nécrosées, dévitalisées ou contaminées
 - Nettoyer la plaie avec une compresse stérile humidifiée avec du sérum physiologique stérile
 - Écouvillonner le milieu de la lésion à l'aide des **DEUX ECOUVILLONS** en évitant les bords pour limiter la contamination
 - *NB : Pour les lésions superficielles post-opératoires, préférer le prélèvement par aspiration de l'écoulement à la seringue.*
 - *En cas de prélèvements sur plusieurs sites distants, utiliser différents kits.*
 - Replacer l'écouvillon dans son étui et décharger l'autre dans le milieu liquide puis casser la tige
 - Revisser et fermer hermétiquement les tubes
 - **IDENTIFIER LES TUBES avec les étiquettes autocollantes ci-dessous**
 - Replacer les écouvillons dans la poche et fermer après avoir enlevé la bande autocollante
 - **COMPLÉTER CORRECTEMENT CETTE FICHE**
 - Placer cette fiche et l'ordonnance dans la poche extérieure du sachet



Conservation : **Apporter rapidement au laboratoire**
 Sinon conserver à température ambiante au maximum 48h.

Contexte et Renseignements cliniques

- Date et Heure de recueil (obligatoire) :** Le _____ à _____ H par : _____
- Localisation du prélèvement : _____
- Traitement antibiotique / antiseptique en cours Oui, lequel : _____ Non
 Depuis : _____
- Contrôle après traitement antibiotique / antiseptique Oui, date d'arrêt : _____ Non
- Symptômes locaux (inflammation, induration, douleur) Plaie opératoire
 Fièvre Autre : _____

Identité du patient

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____
 Prénom : _____ Né(e) le : / /
 Adresse : _____ Tel : _____

Correspondant (cachet)

écouvillon			Cadre réservé au labo Heure de réception : _____ Vérifié par : <input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> NC		Résultat : <input type="checkbox"/> Labo <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> E-mail _____@_____
	Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
	Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____	
	_____	_____	_____	_____	