**PRELEVEMENT** réalisé au cabinet le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom usuel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_\_ Grossesse : NON □ OUI □ date de début :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone (indispensable pour recevoir ses résultats par internet) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir mes résultats par internet (plus rapide) □ par la Poste □ au laboratoire □

**TIERS PAYANT**

**Sécurité sociale** : CMU date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° SS /\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / / \_\_\_ / Centre de SS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] Remboursement 100% : motif \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° adhérent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si la personne prélevée n’est pas l’assurée, merci de préciser ses coordonnées :

Nom et Prénom de l’assuré : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

N° SS de l’assuré /\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / / \_\_\_ /

**Complémentaire**: Assuré : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°adhérent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom mutuelle et adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Contexte :** Bilan d’IST □ Pose de stérilet □ Bilan d’infertilité □ Post partum □

Intervention chirurgicale ? non □ oui □ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

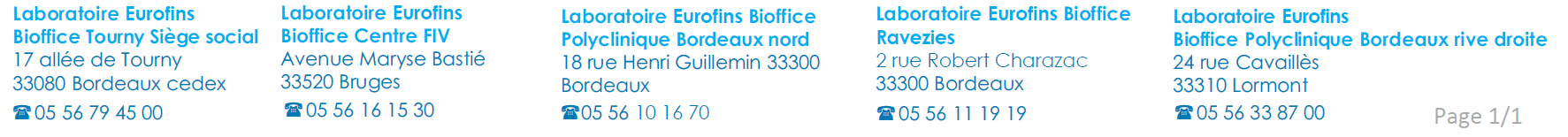
**Signes cliniques :** Asymptomatique □ Brûlures □ Prurit (démangeaisons) □

Leucorrhées : claires □ blanchâtres □ jaunâtres/verdâtres □ malodorantes □Saignement anormal □

Dyspareunie (douleurs lors des rapports sexuels) □ Troubles urinaires □ Douleurs pelviennes □ Fièvre □

Lésions visibles : inflammation □ ulcérations □ vésicules □ Autres :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Traitement antibiotique :** non □ oui □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ récent (< 5 jours) □ à venir □

Date de début de traitement : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ ou Date de fin de traitement : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_