



LBM SITE CAHORS  
335, RUE DU  
PRESIDENT  
WILSON BP 50269  
46005 CAHORS  
05.65.20.50.75

**PRESCRIPTION MEDICALE PRELEVEMENT  
URO-GENITAUX (BIOLOGIE MOLECULAIRE  
/ BACTERIO)**

Ref : MU.PRE.ENR.013.04  
Version : 04  
Applicable le : 12-12-2022



0

Nom ..... Prénom .....

Nom de naissance : .....

Sexe : M  F  Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : .....

Commune : ..... Tel: .....

Code Postal : / \_\_\_\_\_/ Mail : .....

Coller étiquette patient

Prescripteur (cachet) :

Nom : ..... Prénom : .....

N°RPPS : ..... Signature :

Médecin traitant (si nécessaire) .....

**Renseignements cliniques**

Date des dernières règles : .... / .... / .....  
contraception hormonale :  oui  non  
Allergie bêta-lactamines :  oui  non

- DIU
- Ménopause
- THS
- Grossesse ..... SA
- Post-partum

**Signes cliniques**

- leucorrhées
- irritations, prurit
- douleurs, dyspareunie
- méno-métrorragies
- cervicite
- Suspicion infection génitale haute (salpingite / endométrite)
- Grossesse : MAP, RPM
- avant pose de stérilet
- Prélèvement de contrôle
- Autre .....

**Traitement antibiotique** ..... Date de dernière prise .....

**Localisation du prélèvement**

- endocol
- exocol
- vaginal
- auto-prélèvement vaginal
- prélèvement vulvaire
- Urines

- culture bactérienne et mycologique
- recherche de streptocoque B par culture (allergie pénicilline/bêta-lactamines)
- recherche d'Herpes par PCR
- recherche d'IST par PCR (*C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*)
- recherche de Mycoplasmes urogénitaux par PCR (*M. hominis*, *U. urealyticum*)
- ECBU
- Autre : .....

**GENF**  
**SGB**  
**BMHER\_DIV**  
**BMIST**  
**BMMYCOP**  
**UJ**

date : .....

heure de prélèvement : .....