

## 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 : 24 heures à température ambiante (13 à 30 °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 : .....			