



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Code Permanent  N° 'analyse

Nom : ..... Prénom : .....  
 (Nom de jeune fille pour les femmes mariées)

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Profession : ..... Adresse personnelle : ..... Wilaya : .....

Hospitalisé : Oui  Non

Date d'admission : ..... Motif d'hospitalisation : .....

Service : ..... Hôpital : ..... Wilaya : .....

Antécédents d'hospitalisation

Date de réception : ..... Date du prélèvement : ..... Heure : ..... Nombre

Signes cliniques : .....

.....

..... Date de début : .....

Antibiothérapie actuelle : Oui  Non  Date de début : .....

ATB1 : ..... ATB2 : .....

ATB3 : ..... ATB4 : .....

Antibiothérapie précédente  Date de début : .....

Terrain particulier : .....

Traitement immunosuppresseur  Grossesse  Age gestationnel : .....

Gestes invasifs : Oui  Non  Date de début : .....

Sondage urinaire  Intervention chirurgicale  Type : .....

Cathétérisme artériel  Intubation  Autres : .....

**URINES**

**HEMOCULTURE**  Nombre de flacons : ..... Heure : ..... Température : .....

**PRELEVEMENTS DIVERS** : Plaie  Opérateur : Oui  Non  Localisation .....

Autres  Nature : ..... Localisation : .....

**MATERIEL** : Cathéter  Site d'insertion : ..... Pus  Réaction inflammatoire

Autres matériels  Nature : ..... Localisation : .....

**PRELEVEMENTS GENITAUX** : (à préciser) : .....

**AUTRES** : Souche à identifier

Demandes particulières : .....

**Médecin prescripteur** : .....

**Signature** .....