



R1C-ENR011 Version 2

Enregistrement Préconisations Expectoration

Intérêt :

L'examen d'une expectoration consiste à étudier les sécrétions provenant des voies respiratoires profondes. Il a pour objet de mettre en évidence l'agent responsable d'une infection pulmonaire.

Matériel Nécessaire

- Flacon stérile de 40 mL fourni par le laboratoire

Préconisations avant le recueil :

- Etre en dehors de toute antibiothérapie
- Contacter le laboratoire pour connaître l'heure idéale de dépôt du recueil
- Le recueil se fait **au réveil et à jeun**

Préconisations pour le recueil :

- Le **matin au réveil**, recueillir le crachat à la suite d'une **toux productive**.
- **Identifier le flacon** avec votre Nom et Prénom, Date de naissance.

- Noter l'heure :

- **Remplir la fiche de renseignements ci-contre**
- Apporter le flacon au laboratoire **dans les plus brefs délais** (Si possible, dans la demi-heure qui suit le recueil) et **avant 9h30**

Attention :

Tout prélèvement salivaire sera refusé.

Tout flacon ne portant pas les informations demandées pourra être refusé



R1C-ENR011 Version 2

Enregistrement Préconisations Expectoration

Date : _____	NOM : _____																												
Heure du recueil : _____	Prénom : _____																												
Heure de dépôt : _____	Date de naissance : _____																												
Renseignements cliniques	Signes cliniques: <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NE SAIS PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hospitalisation récente ? :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Traitement ou maladie susceptibles de modifier votre immunité (Chimio, corticoïde, HIV...)?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Etes-vous suivi dans un service de pneumologie ?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Si oui, pour quelle pathologie : _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Avez-vous de la fièvre ?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Si oui, depuis combien de temps : _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Traitement en cours en rapport avec l'épisode : _____ _____ _____		OUI	NON	NE SAIS PAS	Hospitalisation récente ? :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Traitement ou maladie susceptibles de modifier votre immunité (Chimio, corticoïde, HIV...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous suivi dans un service de pneumologie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Si oui, pour quelle pathologie : _____				Avez-vous de la fièvre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, depuis combien de temps : _____			
	OUI	NON	NE SAIS PAS																										
Hospitalisation récente ? :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Traitement ou maladie susceptibles de modifier votre immunité (Chimio, corticoïde, HIV...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Etes-vous suivi dans un service de pneumologie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Si oui, pour quelle pathologie : _____																													
Avez-vous de la fièvre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Si oui, depuis combien de temps : _____																													