

LABORATOIRE BIOMEDIVAL	
429 Av. S. Allende 84500 BOLLENE Tel 04 90 30 10 44	120 Av. Jean Jaurès 26200 MONTELIMAR Tel 04 75 00 22 00

**Recueil d'expectoration pour examen
cyto-bactériologique d'expectoration ou
crachat**

Intérêt :

Cet examen a pour but de mettre en évidence l'agent infectieux responsable d'une surinfection de bronchite chronique ou d'une infection chez les patients atteints de mucoviscidose.

Consignes de recueil des crachats

Que faut-il faire ?

Le recueil doit être impérativement réalisé avant la prise du traitement anti-infectieux,

- **Le matin, au réveil**
- **Après rinçage bucco-dentaire à l'eau stérile**
- **Lors d'un effort de toux**, aidé si nécessaire d'un kinésithérapeute
- Dans un flacon stérile.
- Bien revisser le bouchon.
- Noter sur l'étiquette du flacon : vos nom et prénom. date de naissance. jour et heure du prélèvement.
- Noter sur la présente fiche : vos nom et prénom. date de naissance.
- Apporter **immédiatement** le flacon au laboratoire (moins de 2 h après le recueil)
- Attention : tout prélèvement dilué par la salive pourra être refusé.

Quelle est la durée de l'analyse ?

En cas d'infection bactérienne, en règle générale, le germe responsable de l'infection et le traitement adapté sont connus au bout de 3 à 4 jours.

Renseignements nécessaires à la réalisation de votre analyse :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Cochez les cases vous concernant :

- | | | | |
|---|------------------------------|--|------------------------------|
| - Actuellement vous avez : | | | |
| .une fièvre ≥ 38 °C avec frissons | oui <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> |
| . une toux avec des crachats purulents | oui <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> |
| . une douleur thoracique | oui <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> |
| . du mal à respirer | oui <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| - Vous avez une bronchite chronique | oui <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> |
| - Vous suivez une chimiothérapie | oui <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> |
| - Vous avez pris récemment des antibiotiques | oui <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> |
| - Si oui : .lequel ? | | | |
| .depuis quand avez-vous cessé de le prendre ? | | | |
| - Vous êtes atteint de Mucoviscidose | oui <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> |