

**Nom / Prénom** : .....

**Date de naissance** : .....

**Date** : .....

*Si le prélèvement n'a pas été réalisé au laboratoire, merci d'indiquer :*

- Heure du prélèvement : .....
- Date du prélèvement : .....
- Identité du préleveur : .....

**CADRE RESERVE AU PRELEVEUR :**

Présence de sang dans le prélèvement

<b>MERCI DE REpondre AUX QUESTIONS CI-DESSOUS :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Etes-vous enceinte ? Si oui, précisez la date de début de grossesse : .....		
Avez-vous des démangeaisons vulvaires/vaginales ?		
Avez-vous des pertes leucorrhées (pertes inhabituelles ou d'aspect modifié) ?		
Avez-vous des lésions, ulcérations gynécologiques ?		
Prenez-vous ou avez-vous pris récemment un traitement antibiotique ou antifongique par voie locale (vaginale) ou générale ? Si oui, précisez quel médicament : .....		
Avez-vous des douleurs pelviennes (dans le bas ventre) ?		
Avez-vous une contraception par dispositif intra-utérin (stérilet) ?		
Pose d'un spéculum ?		

<b>CONSENTEMENT</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
J'accepte qu'un prélèvement vaginal soit réalisé par un personnel habilité. En cas de refus, un auto-prélèvement peut vous être proposé.		
J'accepte la pose d'un spéculum pour la réalisation du prélèvement vaginal. En cas de refus, je m'engage à le signaler au préleveur en salle de prélèvement.		