Fiche de renseignements cliniques ORL (sauf Gorge) OEIL

DE-MU2-041-01
VERSION 1

PATIENT

Nom : ….....

Prénom :.....

Date de naissance : .....

(ou étiquette dossier)

PRELEVEMENT

☐ Prélèvement fait au laboratoire le ….....
☐ Prélèvement apporté au laboratoire le.....
☐ Nom du préleveur.....

LOCALISATION

☐ Oeilgauche
☐ Oreille gauche
☐ Langue
☐ Bouche
☐ Oeil droit
☐ Oreille droite
☐ Nez

SIGNES FONCTIONNELS

☐ Douleur ☐ Ecoulement ☐ Fièvre

☐ Autres (*expliquer ce qui a motivé la prescription)*

.....

….....

CONTEXTE CLINIQUE

☐ Pré opératoire ☐ Diabète ☐ Port de lentilles
☐ Post opératoire ☐ Conjonctivite ☐ Médecine du travail
☐ Sous traitement antibiotique ou antifongique ☐ NON
☐ OUI Lequel ?.....
☐ Inefficacité du traitement antibiotique ou antifongique précédent
Lequel ?.....
Arrêté depuis le ….....

☐ Autre.....