



Identité patient :

Service : USP .....

Médecin prescripteur : .....

Date et heure de prélèvement : .....

Renseignements cliniques : .....

.....

.....

**BACTERIOLOGIE** dont Gonocoque– **MYCOLOGIE**  
 (1 écouvillon double avec milieu de transport sauf pour urèthre)

<b>Homme</b>		<b>Femme</b>	
<input type="checkbox"/> Urèthre (écouvillon uréthral)	MUR	<input type="checkbox"/> Vagin	MVA
<input type="checkbox"/> Verge	MGENS	<input type="checkbox"/> Urètre (écouvillon uréthral)	MUR
<input type="checkbox"/> Ulcération génitale	MGENS	<input type="checkbox"/> Endocol	MVA
<input type="checkbox"/> Marge anale	MGENS	<input type="checkbox"/> Vulve	MGENS
<input type="checkbox"/> Gorge	MGO + MGONO	<input type="checkbox"/> Ulcération génitale	MGENS
<input type="checkbox"/> Urines	MCBU +MGONO	<input type="checkbox"/> Marge anale	MGENS
		<input type="checkbox"/> Urines	MCBU + MGONO
		<input type="checkbox"/> Gorge	MGO + MGONO

**MYCOPLASMES UROGENITAUX : *Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum***  
 MYCPL (1 Ecouvillon double avec milieu de transport)

Vagin    Endocol    Urètre    Urine 1<sup>er</sup> jet    Marge anale

Autre :

**DETECTION DES ACIDES NUCLEIQUES (par PCR)**  
 (Kit de prélèvement à demander au laboratoire sauf pour Urine 1<sup>er</sup> jet dans pot stérile)

***Chlamydia trachomatis*** PRCHT    Vagin    Endocol    Urine 1<sup>er</sup> jet

***Neisseria gonorrhoeae*** PRGON    Vagin    Endocol    Urine 1<sup>er</sup> jet

***Herpes simplex virus*** PRHSV    Vagin    Endocol    Urètre    Ulcération génitale    Urine 1<sup>er</sup> jet

***Mycoplasma genitalium*** PRMYG    Vagin    Endocol    Urètre    Ulcération génitale    Urine 1<sup>er</sup> jet

***Papillomavirus (HPV)*** PRVHP    Vagin    Endocol    Urètre    Ulcération génitale

***Haemophilus ducreyi*** PRHUD    Vagin    Endocol    Urètre    Ulcération génitale

Autres :