

**PRÉCONISATIONS POUR LE PRÉLÈVEMENT**

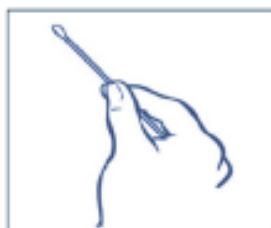
Effectuer le recueil **AVANT le début d'un traitement par antibiotique ou antifongique.**

Le prélèvement **NE DOIT PAS ÊTRE réalisé en période menstruelle** (si vous avez vos règles)

Ne pas faire de toilette vaginale avant le prélèvement.

**Se laver les mains** avant de réaliser l'auto-prélèvement.

Ouvrez partiellement le sachet contenant l'écouvillon. Ne touchez pas le coton et ne le laissez pas tomber. Si le coton est touché ou si l'écouvillon est tombé demandez un nouveau kit.

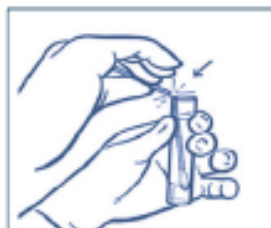


Enlevez l'écouvillon du sachet.  
Tenez l'écouvillon en plaçant l'index et le pouce au milieu de la tige.



Introduisez l'écouvillon dans le vagin jusqu'à une distance d'environ 3 cm de la vulve et tournez l'écouvillon doucement pendant 10 à 30 secondes.

Retirez l'écouvillon sans toucher la peau.



Pendant que vous tenez l'écouvillon enlevez le bouchon du tube sans renverser le contenu du tube. Placez immédiatement l'écouvillon dans le milieu de transport de façon à ce que l'écouvillon soit visible en dessous de l'étiquette. Cassez précautionneusement la tige au niveau du repère en la pressant contre le bord du tube.



Resserrez fermement le bouchon sur le tube.  
Marquez vos noms et prénoms sur le tube.

**Ramener le tube rapidement au laboratoire. Garder à température ambiante.**

## GUIDE D'AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL

Date du prélèvement :

Heure du prélèvement :

### PATIENT

Nom :  
Nom de naissance :  
Prénom :  
Date de naissance :

Téléphone : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Adresse :

### ASSURÉ

N° SS :  
Nom + prénom :  
Date de naissance :  
Caisse :  
100%: ☐ INV ☐ MATER date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
☐ ALD ☐ AT, date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mutuelle :  
N° AMC / code préfectoral / N° télétrans. :

### RENSEIGNEMENTS

Traitement antibiotique prescrit : ☐ OUI ☐ NON  
Si oui lequel : ..... Date de début de prise : .....  
Date d'arrêt si contrôle après traitement : .....

☐ Grossesse ☐ Fièvre : .....°C ☐ Douleur abdominales  
☐ Démangeaisons ☐ Pertes Vaginales : .....  
Mode de contraception : ☐ Pilule ☐ Stérilet ☐ Autre  
☐ Dates des dernières règles : ..... / ..... / .....  
☐ Pathologie(s) connue(s) : .....  
☐ Autre(s) signe(s) clinique(s) : .....

### PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Heure de réception au laboratoire : ..... Visa : .....  
☐ Swab rose ☐ Autres : .....  
NC : .....