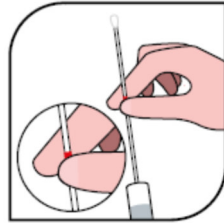


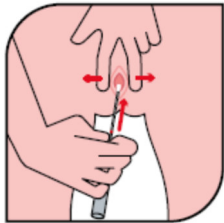
## Auto-prélèvement vaginal

### Préconisations pour le prélèvement :

- Lavez-vous les mains soigneusement.
- Ouvrez le haut du sachet contenant l'écouvillon sans toucher le coton.
- Tenez l'écouvillon au niveau de la marque rouge :



- Choisissez une position confortable et introduisez l'écouvillon dans votre vagin jusqu'à la marque rouge (tenue par vos doigts) :



- Tournez doucement l'écouvillon pendant 10 à 30 secondes en vous assurant qu'il touche bien les parois vaginales.

- Retirez l'écouvillon sans toucher la peau.
- Tout en tenant l'écouvillon par la tige, enlevez le bouchon du tube (attention à ne pas renverser son contenu).
- Mettez l'écouvillon dans le tube (coton dans le liquide).
- Cassez la tige de l'écouvillon en la pressant contre le bord du tube :



- Revissez fermement le bouchon sur le tube.
- Identifiez le tube avec votre nom et prénom, placez-le dans le sachet plastique fourni.
- Conservez-le à température ambiante et apportez-le au laboratoire dans les 8 heures qui suivent le prélèvement.

- **Merci de compléter les renseignements ci-dessous :**

### Renseignements cliniques

- ✓ Avez-vous actuellement :
 

○ des pertes vaginales inhabituelles ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
○ des odeurs vaginales inhabituelles ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
○ des démangeaisons vaginales ou vulvaires ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
○ mal au bas du ventre ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
○ des brûlures lorsque vous urinez ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
- ✓ S'agit-il d'un test suite à la découverte d'une infection chez votre partenaire ?
 

	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
--	------------------------------	------------------------------

 si oui, laquelle ? .....
- ✓ S'agit-il d'un contrôle après traitement ?
 

	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
--	------------------------------	------------------------------

 si oui, lequel ? .....
- ✓ Avez-vous pris des antibiotiques ou antifongiques (ovule, crème...) depuis moins de 8 jours ?
 

	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
--	------------------------------	------------------------------

 si oui, lesquels ? .....
- ✓ Cet examen est-il demandé en vue de la pose d'un DIU (« stérilet ») ?
 

	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
--	------------------------------	------------------------------
- ✓ Etes-vous enceinte ?
 

	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
--	------------------------------	------------------------------

**NOM / Prénom :**

**Heure du prélèvement :**