

**NOM :****PRENOM :**

Date de naissance :

Date de prélèvement :

Heure du prélèvement:

**Nature du prélèvement**Conduit auditif : Droit Gauche Gorge : Oeil : Droit Gauche Nez : Bouche : Langue : **Lésion cutanée** : superficielle  profonde  - suppuration **Plaie** : superficielle  profonde  escarre  morsure Autre (s) site (s) : **Recherche de BMR** : Nez  Anus  Aine  autre :**Renseignements cliniques :**Fièvre : Choc septique : Autres : **Traitement Antibiotique en cours :** 

Date début de traitement :

Nom de l'antibiotique :

**Contrôle après traitement :** 

Date fin de traitement :

Nom de l'antibiotique :