



NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Date de prélèvement :

Identité préleveur :

Heure du prélèvement:

Nature du prélèvement

Ponction : Articulaires

Ascite

LCR

Pleural :

Liquide de drain

Autre liquide

Biopsie

Matériel d'ostéosynthèse :

Dispositif intra-vasculaire

Renseignements cliniques :

Fièvre :

Diabète :

Autres :

Traitement Antibiotique en cours :

Date début de traitement :

Nom de l'antibiotique :

Contrôle après traitement :

Date fin de traitement :

Nom de l'antibiotique :