



Protocole pro-calcitonine et arthrites septiques

Médecin et Service en charge du patient :

.....

Nom : Date de naissance : /___/___/___/
(3 premières lettres)

NIP :

Prénom : (initiale) Date du dosage : /___/___/___/

Température corporelle : °C Taux procalcitonine :

Hémocultures positives : OUI NON

Autres localisations septiques : OUI NON

Lesquelles :

Durée d'évolution des signes d'arthrite aiguë (en jours) :

Articulation ponctionnée (localisation) :

Est-ce une articulation prothésée : OUI NON

Infiltration de corticoïdes de l'articulation dans le mois précédent : OUI NON

Nombre de cellules/mm³ : % PN :

Micro-cristaux : OUI NON

Coloration de Gram au direct positive : OUI NON

Culture liquide synovial positive : OUI NON

Type de germe (en clair) :

Fiche à retourner

- soit par mail : olivier.meyer@bch.aphp.fr
- soit par fax au 01 42 29 06 88
- soit par courrier au Professeur Meyer, Hôpital Bichat, 46 rue Henri Huchard, 75018 Paris