



DOCUMENT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT ET A RETOURNER AVEC VOTRE PRELEVEMENT

**Les éléments renseignés sur ce document sont nécessaires pour améliorer la prise en charge de votre prélèvement.
En cas de difficulté pour répondre aux items, le personnel du laboratoire est à votre disposition pour vous aider.**

PROTOCOLE DE RECUEIL D'URINES POUR ECBU (Examen Cytobactériologique des Urines)

Recueillir les premières urines du MATIN : (Ne pas soulever l'étiquette blanche, ne pas toucher la canule intégrée)



1A. Se laver soigneusement les mains
1B. Procéder à une toilette intime
(avec la lingette nettoyante)

2A. Commencer à uriner le 1^{er} jet dans les toilettes
2B. Puis dans le flacon
sans dépasser le niveau

3. Revisser le bouchon
Soigneusement à fond

CONSERVATION ET TRANSPORT : Apporter le flacon au laboratoire dans les 2 h si celui-ci est conservé à température ambiante ou au plus tard dans les 24 h si il est conservé au réfrigérateur

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : _____ **Nom de jeune fille :** _____
Prénom : _____ **Date de naissance :** _____
Adresse : _____ **Téléphone :** _____
_____ **Mail (résultats) :** _____
Organisme mutuelle : _____ **Numéro de sécurité sociale :** _____
_____ **Organisme sécurité sociale :** _____

Résultats : ☐ Au labo ☐ Poste ☐ Mail/Serveur de résultats

RECUEIL

Date : __ / __ / __ **Heure :** __ H __ ☐ Non renseigné

Recueil effectué : ☐ A domicile ☐ Au laboratoire

Origine : ☐ STANDARD / Milieu de jet ☐ Poche pédiatrique
☐ Sur étui pénien ☐ Sonde à demeure
☐ Sondage aller/retour ☐ Bricker
☐ Stomie ☐ Non renseigné

INDICATION

Suspicion d'une infection urinaire : ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous de la fièvre ? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des sensations de brûlures en urinant ? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des douleurs dans le bas du dos ? (suspicion pyélonéphrite) ☐ Oui ☐ Non

Examen préventif : ☐ Oui ☐ Non
Bilan général (PAS de symptômes) ☐ Oui ☐ Non
Ce bilan vous est prescrit avant une visite chez l'urologue ? ☐ Oui ☐ Non
Ce bilan vous est prescrit avant une intervention ? ☐ Oui ☐ Non
Ce bilan vous est prescrit dans le cadre d'un suivi de grossesse ? ☐ Oui ☐ Non

Examen de contrôle après traitement : ☐ Oui ☐ Non
Traitement antibiotique suivi : _____ Date d'arrêt : _____

CONTEXTE PARTICULIER

☐ Infections urinaires à répétition ☐ Chimiothérapie ☐ Patient diabétique
☐ Grossesse (__ SA) ☐ Immunodépression