

## Fiche de Prélèvement ECBU et/ou Chimie Urinaire

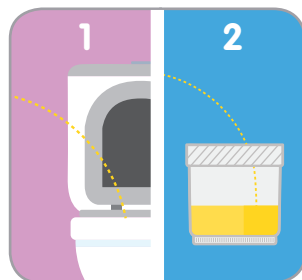
Le recueil s'effectue avant toute prise d'antibiotiques et si possible sans avoir uriné au cours des 4 heures précédant le recueil.



Se laver les mains avec du savon. Faire une toilette intime à l'aide de la lingette désinfectante fournie.



**ne pas toucher**  
la canule du couvercle  
ni l'intérieur du pot

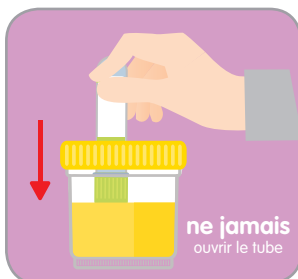


Uriner le premier jet dans les toilettes, puis le reste des urines dans le pot, et le refermer.



**ne jamais**  
toucher l'aiguille

Soulever l'étiquette. Ne jamais toucher l'aiguille caoutchoutée à l'intérieur de l'orifice.



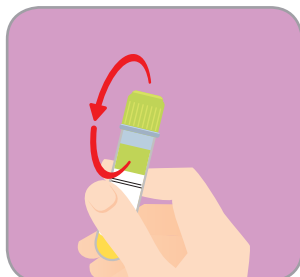
**ne jamais**  
ouvrir le tube

**Sans retirer le bouchon**, planter le tube vers le bas dans l'orifice et appuyer :  
**l'urine est aspirée.**

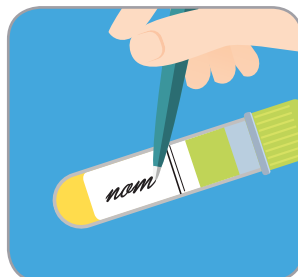


le tube doit être  
**rempli**  
jusqu'au trait

**Attendre la fin du remplissage.**



Retourner le tube **8 à 10 fois**.



Noter les **nom, prénom, date de naissance** sur le tube et le pot.



conservation max  
**24 H**  
au réfrigérateur

Transmettre dans le sachet le pot et le tube rapidement au laboratoire.



### PATIENT

Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Sexe :  Masculin  Féminin

Adresse : .....  
CP/ Ville : .....  
Tél. : .....  
Mail : .....

### TIERS PAYANT

N° SS : .....  
Caisse : .....  
Mutuelle : .....

### SI LE PATIENT N'EST PAS L'ASSURÉ

Nom : .....  
Prénom : .....  
N° SS : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....

### PRELEVEMENT

Urgent  
Date : ..... / ..... / ..... Heure : ..... h .....  
Prélevé par .....  
Nom : .....  
Prénom : .....

### TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Site internet  
 Retrait au laboratoire  
 Copie au médecin traitant : .....  
.....  
 Courrier  
 Mail : .....

Renouvellement d'étiquettes :  Oui  Non

### CONTROLE RÉCEPTION AU LABO (facultatif)

Date : ..... / ..... / ..... Heure : ..... h .....  
Par : .....  
Non-conformité :  Oui

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

#### MODE DE RECUEIL DES URINES

- Recueillies en milieu de jet  
 Sonde à demeure  
 Sondage aller-retour  
 Autre :

#### COCHEZ LES CASES QUI VOUS CONCERNENT

- Fièvre > 38,5 °C  Mal au bas du dos  
 Hospitalisation depuis moins d'un mois  
 Greffé, sous immunosuppresseurs,  
immunodépresseurs ou chimiothérapie  
 Opération prévue des voies urinaires  
 Grossesse

#### AVEZ-VOUS DES SIGNES D'INFECTION URINAIRE ?

(brûlures, douleurs en urinant, envies fréquentes  
d'uriner, douleur au bas ventre ... )  
 Non  Oui depuis  moins de 24h  
 plus de 24h

#### AVEZ-VOUS PRIS DES ANTIBIOTIQUES AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS ?

Non  Oui, lesquels ? .....

#### LE MÉDECIN VOUS A-T-IL PRESCRIT DES ANTIBIOTIQUES ?

Non  Oui, lesquels ? .....