

Fiche de Prélèvement ECBU et/ou Chimie Urinaire

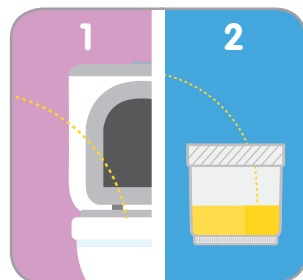
Le recueil s'effectue avant toute prise d'antibiotiques et si possible sans avoir uriné au cours des 4 heures précédant le recueil.



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



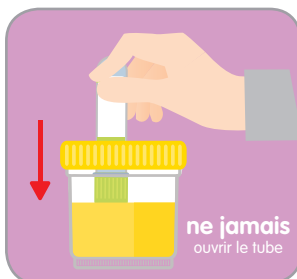
Ouvrir le pot de recueil et poser le couvercle, canule vers le haut.



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



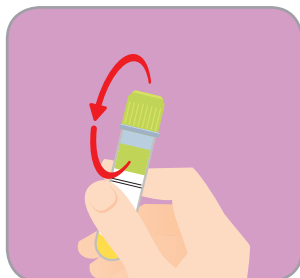
Soulever l'étiquette. Ne jamais toucher l'aiguille caoutchoutée à l'intérieur de l'orifice.



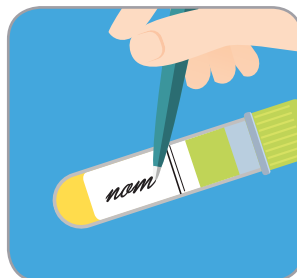
Sans retirer le bouchon, planter le tube vers le bas dans l'orifice et appuyer : **l'urine est aspirée.**



Attendre la fin du remplissage.



Retourner le tube **8 à 10 fois**.



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



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 ?