

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :

Prénom* :

Nom de naissance* :

Date de naissance* :/...../..... Sexe* : M F

Adresse* :

Code postal* : Ville* :

Mail* :

Tél.* :

N° sécurité sociale* :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Caisse Assurance maladie : Dpt :

Mutuelle :

Prise en charge : ALD Invalidité Stérilité CMU
 grossesse Accident de travail

Identité vérifiée par pièce d'identité (nouveau patient) :
 CNI Passeport Livret de famille
 Autres

À COMPLÉTER SI ALBUMINURIE /GLYCOSURIE DEMANDÉES
(cocher la case correspondante)

Contexte de la demande :

Suivi grossesse

Suivi hypertension artérielle

Suivi diabète

Suivi insuffisance rénale ou maladie rénale

Autre (préciser) :

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement :/...../..... Heure :

Préleveur :

Lieu : Domicile ES / EPHAD

Autre (préciser) :

TRANSMIS PAR

PRESCRIPTEUR

Nom :

Spécialité :

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Mail* Remis en main propre (labo) Courrier postal

Autorisation de diffuser les résultats aux professionnels de santé : Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. **Si le patient s'oppose, cocher cette case**

RÉCEPTION DES ÉCHANTILLONS *(case réservée au laboratoire)*

Réceptionné le À.....h.....

Par

Echantillon(s) conforme(s) à réception Oui Non

Type NC :

À COMPLÉTER SI ECBU *(cocher la case correspondante)*

<p>Contexte de la demande :</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche infection urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> Contrôle après traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage avant intervention urologique</p> <p><input type="checkbox"/> Pathologie rénale (calcul, greffe...)</p> <p><input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale urologique récente</p> <p>Conditions de recueil des urines :</p> <p><input type="checkbox"/> Milieu de jet après toilette locale</p> <p><input type="checkbox"/> Milieu de jet sans toilette locale</p> <p><input type="checkbox"/> Début du jet</p> <p><input type="checkbox"/> Poche nourrisson</p> <p><input type="checkbox"/> Sondage aller-retour (extemporané)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>Portez-vous une sonde ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Êtes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Prenez-vous ou avez-vous pris récemment des antibiotiques <10jours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><i>Si oui, nom de l'antibiotique :</i></p> <p><i>Début le :/...../.....</i></p> <p>Avez-vous des symptômes d'infection urinaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><i>Si oui lesquels :</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sensation de brûlures en urinant</p> <p><input type="checkbox"/> Mictions répétées rapprochées</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté à uriner</p> <p><input type="checkbox"/> Fièvre > 38°C</p> <p><input type="checkbox"/> Douleurs lombaires (bas du dos)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ECBU (Examen Cytobactériologique des Urines)

Si possible avant la prise de tout antibiotique et au moins 4 heures après la miction précédente.

Se laver les mains, puis faire une **toilette intime soignée** (avec de l'eau et du savon, ou la lingette fournie) **chez la femme** de la région vulvaire d'avant en arrière sans revenir sur le geste, **chez l'homme** du gland, après avoir décalotté. Essuyer.

Éliminer le début du jet des urines dans les toilettes, puis **uriner ensuite le milieu de jet dans le pot jaune** (pour un **volume d'urines si possible entre les repères MIN et MAX du pot jaune**). **Refermer soigneusement le pot jaune, puis remplir d'urines le tube VACUETTE jaune (voir instruction)**. Transmettre au labo pot jaune + tube VACUETTE.

Poche nourrisson : pour les enfants en bas âge, après avoir nettoyé (eau et savon, lingette) puis essuyé, utiliser une poche stérile fournie par le laboratoire (ne pas laisser la poche posée plus de 30 minutes). Après la miction, retirer la poche puis la fermer soigneusement, à acheminer immédiatement au laboratoire (sinon conserver à +4°C)

CONSERVATION :

ECBU sur tube VACUETTE jaune : à température ambiante (15 à 25°C) <12h idéalement (acceptable 48h max).

Si ECBU sur pot jaune : à température ambiante (15 à 25°C) 2h00 max. À +4°C <12h idéalement (acceptable 24h max).

INSTRUCTION



1 Identifier le pot avec votre nom/prénom/date et heure de recueil
Recueillir l'urine dans le pot jaune
Retirer le sticker de protection présent sur le couvercle



2 Placer le tube VACUETTE dans l'orifice du couvercle, bouchon vers le bas, et percuter le bouchon du tube (appuyer fortement)



3 Maintenir le tube appuyé, le remplissage est automatique (système sous vide) jusqu'au volume prédéfini



4 Recoller le sticker sur le pot à urine
Retirer le tube et l'homogénéiser par 7 à 8 retournements successifs puis identifier le tube avec votre nom/prénom

CHLAMYDIA / GONOCOQUE / TRICHOMONAS / MYCOPLASMES (par PCR)

Recueil des premières urines du matin, sinon il faut un **minimum de 1 heure** depuis la dernière miction.

Recueillir le **1^{er} jet d'urines (=début de jet)** dans le pot jaune sans effectuer de toilette préalable. Remplir au **maximum jusqu'au repère MIN**, puis **refermer soigneusement le pot jaune**.

CONSERVATION : 7 jours à +4°C

INSTRUCTION

Identifier le pot avec votre nom/prénom/date/ heure de recueil
Recueillir l'urine dans le pot jaune

ALBUMINURIE / GLYCOSURIE :

Uriner de préférence les **premières urines du matin à jeun** dans le pot jaune et le **refermer soigneusement**.

Ne pas utiliser le tube VACUETTE, identifier le flacon (nom/prénom/date/heure de recueil)

CONSERVATION :

Pot jaune : à température ambiante (15 à 25°C) 2h00 max. À +4°C <24h

RAPPORTER LE POT DE RECUEIL + TUBE IDENTIFIÉS ET VOTRE PRESCRIPTION