

MERCI DE LIRE CETTE FICHE ENTIEREMENT AVANT LE RECUEIL

Madame, Monsieur,

Le résultat de cet examen dépend du bon recueil que vous allez faire.

Nous vous recommandons de suivre scrupuleusement les indications suivantes.

Indiquez votre nom, prénom, date de naissance sur l'étiquette collée sur le flacon.


Pour les femmes

1. En cas de pertes vaginales, même minimes, mettre en place un tampon hygiénique, retirez-le après avoir recueilli vos urines.


Pour les Hommes

1. Décalotter

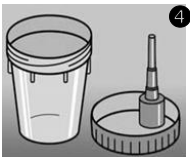


Recueillez vos urines le matin au lever.

Sinon, si possible, ne pas avoir uriné depuis au moins 3 heures.



2. Se laver les mains avec soin, effectuer une toilette locale autour de l'orifice urinaire (en utilisant la lingette antiseptique fournie), ou un lavage au savon puis un rinçage à l'eau.

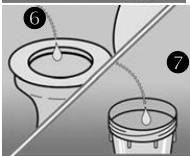


3. Ouvrir le pot de recueil sans toucher l'étiquette blanche



4. Poser le couvercle avec le tuyau orienté vers le haut

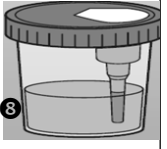
5. Ne pas toucher le tuyau



6. Commencer par uriner dans les toilettes

7. Puis continuer dans le flacon donné par le laboratoire (2ème jet)

8. Fermer le flacon fermement, et le mettre dans le sachet fourni par le laboratoire


Traitement antibiotique ?

- Aucun
 Prévu (pas commencé)
 Commencé
 Terminé (<7jours)
 non communiqué

NOM de l'antibiotique (le cas échéant): _____

Date d'arrêt (si traitement terminé) : _____

Pourquoi faites-vous un ECBU ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Absence de symptômes | <input type="checkbox"/> Grossesse |
| <input type="checkbox"/> Brûlures | <input type="checkbox"/> Chimio |
| <input type="checkbox"/> Envie fréquente d'uriner | <input type="checkbox"/> Bilan pré-opératoire |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Chirurgie urologique invasive programmée |
| <input type="checkbox"/> Douleur (rénale, bas-ventre) | <input type="checkbox"/> Chirurgie urologique récente |
| | <input type="checkbox"/> Contrôle après traitement |
| | <input type="checkbox"/> Sonde double J |

 Autres cas :

 Lieu de recueil
 laboratoire
 domicile
 établissement de santé

Comment avez-vous recueilli les urines ?

-
- 2eme jet
-
- Sonde à demeure
-
- Sondage aller / retour
-
- sur Penilex

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____/_____/_____

Date de recueil : _____/_____/_____

Heure de recueil : _____ h

 Pot d'urines
 Conservé au réfrigérateur ?
 OUI NON

Conditions PREANA

Merci de nous rapporter le flacon le plus rapidement possible.

 En cas d'impossibilité, il peut être conservé maximum **2h à T° ambiante**, ou **8h au réfrigérateur**.

Cadre réservé au laboratoire

 Conditions pré-analytiques respectées : OUI NON Absence de renseignements cliniques

Aspect	<input type="checkbox"/> limpide	<input type="checkbox"/> légèrement trouble	<input type="checkbox"/> trouble	<input type="checkbox"/> hématique	<input type="checkbox"/> ictérique
Couleur	<input type="checkbox"/> jaune pâle	<input type="checkbox"/> jaune	<input type="checkbox"/> jaune orangé	<input type="checkbox"/> rougeâtre	<input type="checkbox"/> verdâtre <input type="checkbox"/> brun <input type="checkbox"/> citrin

VISA : _____