

MERCI DE LIRE CETTE FICHE ENTIEREMENT AVANT LE RECUEIL

Madame, Monsieur,

Votre médecin a prescrit un examen d'urines pour votre enfant. Le résultat de cet examen dépend du bon recueil que vous allez faire. Nous vous recommandons de suivre scrupuleusement les indications suivantes.

Indiquez son nom, prénom, date de naissance, la date et l'heure de recueil sur l'étiquette.

Prélèvement
avec poche
pour les
enfants



1. 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. Pour les garçons décalotter autant que possible.
2. Coller la partie adhésive autour de l'orifice urinaire et remettre la couche
3. Surveiller régulièrement l'émission d'urines.
Il est conseillé de faire boire de l'eau
4. Changer la poche toutes les demi-heures, tant que l'enfant n'a pas uriné. À chaque changement, effectuer à nouveau une toilette.
5. Dès que les urines sont faites, décoller la poche, la refermer soigneusement grâce à la partie collante, la placer dans un flacon fermé.
6. Glisser l'ensemble dans le sachet fourni par le laboratoire
7. Remplir le questionnaire délivré par le laboratoire



En cas d'émission de selles, reposer une nouvelle poche

■ **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 a-t-on prescrit un ECBU à votre enfant ?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Absence de symptômes | <input type="checkbox"/> Chirurgie urologique récente |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Contrôle après traitement |
| <input type="checkbox"/> Douleur (abdominale, rénale, bas-ventre) | <input type="checkbox"/> Contrôle avant intervention |
| <input type="checkbox"/> Autres cas : | |

- **Lieu de recueil** au laboratoire au domicile

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"/> hématiche | <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 :