

**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 vos nom, prénom, date de naissance sur l'étiquette collée sur le flacon.**



**Pour les femmes**

1. En cas de pertes vaginales, même minimales, 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.*

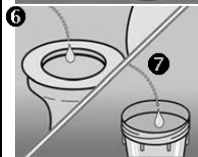
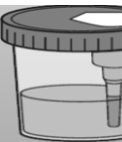
2. Se laver les mains avec soin, effectuer une toilette locale autour de l'orifice urinaire (en utilisant la lingette antiseptique fournie), ou un lavage au savon puis un rinçage à l'eau.



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 (<7 jours)  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 ?**

- 2ème 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

**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  limpide  légèrement trouble  trouble  hématique  ictérique

Couleur  jaune pâle  jaune  jaune orangé  rougeâtre  verdâtre  brun  citrin

VISA :