



**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     limpide     légèrement trouble     trouble     hématique     ictérique

Couleur     jaune pâle     jaune     jaune orangé     rougeâtre     verdâtre     brun     citrin

VISA :