



DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS POUR ECBU ET CYTOLOGIE URINAIRE

Code : PR1-ENR-TOUS-06
Version : 1.8
Date d'application : 21/07/2018

Enregistrement

Revue : 0

Page 1 sur 1

® Les urines ne se conservent que 2h à température ambiante ou 12h au réfrigérateur.



Ne soulevez pas
l'étiquette blanche.



Ne touchez pas
la canule intégrée.



Lavez-vous
soigneusement les mains
avec du savon puis faites
une toilette du méat et de
la région vulvaire, à l'eau
savonneuse ou avec la
lingette antiseptique
fournie, d'avant en arrière.

Ouvrez le flacon, en
dévissant le couvercle, et
posez le, canule vers le
haut.



Urinez le premier jet dans
les toilettes puis, la suite
dans le flacon.

Refermez soigneusement
le flacon.

**Ecrivez votre nom,
prénom et date de
naissance sur le flacon**
Rapportez le flacon au
laboratoire au plus vite.

**MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS UTILES À
L'INTERPRÉTATION DE L'ANALYSE DE VOS URINES :**

IDENTIFICATION DU PATIENT : coller l'étiquette patient ou remplir les informations ci-dessous

NOM : Prénom : Sexe : F M

NOM de naissance : Date de naissance :

Adresse :

N° Téléphone (impératif) :

RECUEIL DES URINES DANS LE FLACON : Date : Heure :

CONSERVATION DES URINES DANS LE FLACON APRES LE RECUEIL ?

A température ambiante pendant moins de 2h

Au réfrigérateur pendant moins de 12h

MODALITES DE PRELEVEMENT ?

Au domicile

Au laboratoire

Par sondage

Nourrisson, poche adhésive type URINOCOL posée au laboratoire

Nourrisson, poche adhésive type URINOCOL posée à domicile

La poche URINOCOL a été posée plus de 30 min avant le recueil

RENSEIGNEMENTS CLINICO-BIOLOGIQUES (pour ECBU uniquement) ?

Envies fréquentes d'uriner

Fièvre, frissons

Douleurs abdominales ou lombaires

Brûlures et/ou douleurs en urinant

Contrôle après antibiothérapie

Vous êtes enceinte

Vessie neurologique

Anomalies des voies urinaires

Chirurgie sphère uro-génitale < 6 mois

Immuno-dépression/diabète

Pas de signes cliniques

Autres signes cliniques à préciser :

ANTIBIOTHERAPIE (pour ECBU uniquement) ?

Vous êtes sous antibiotique

Oui Non

Si oui lequel :

Vous étiez sous antibiotique

Oui Non

Si oui lequel : Arrêt le :

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE OU AU PERSONNEL DE SANTE :

Renseignements clinico-biologiques impossibles à obtenir

Transfert des urines dans le tube : Date : Heure :

Visa de l'opérateur :