



## Préconisations patient recueil d'urine pour recherche de Chlamydia / Gonocoque / Mycoplasme

### Protocole de prélèvement

Le prélèvement s'effectue sur **un flacon** disponible au laboratoire ou à la pharmacie.

Nous vous remercions de respecter les recommandations suivantes :

- Le prélèvement sera réalisé, de préférence, **sur les premières urines du matin**. A défaut, le prélèvement peut se faire **à tout moment de la journée au minimum 2 heures après la miction précédente**.
- Le prélèvement sera réalisé si possible, **avant de débuter un traitement antimicrobien local ou général, à la phase aiguë de la maladie**.
- Le prélèvement doit être réalisé **avant toute toilette intime**.
- En période menstruelle, **la pose d'un tampon est conseillée**.
- **Une abstinence sexuelle de 48 h** est recommandée.

- 1- Recueillir **le premier jet d'urine (environ 10-30 mL)** dans le flacon.
- 2- Refermer soigneusement le flacon.
- 3- Identifier le flacon avec votre **nom, prénom et date de naissance**. Noter la **date et l'heure du recueil**.
- 4- Mettre le flacon dans le sachet de transport **avec cette fiche complétée**.
- 5- Apporter le prélèvement **le plus rapidement possible** au laboratoire ou à la pharmacie.

### Renseignements administratifs

|  |   |  |
|--|---|--|
| ► Nom : .....  | ► Prénom : .....                            | ► Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| ► Nom De Naissance : .....   | ► Date De Naissance : ..... / ..... / ..... |  |
| ► N° de Tél : ..... / ..... / ..... / .....  |   |  |
| ► Adresse : .....  |   |  |
| ► Transmission des résultats :   |   |  |
| □ Mail → Adresse mail : .....  |   |  |
| J'accepte de recevoir des informations du laboratoire Unilabs ou de ses partenaires mandatés par e-mail, et la mise en ligne de mes résultats sur la plateforme sécurisée KIRO. Je reconnaiss que mon adresse e-mail est personnelle, sécurisée et accessible uniquement aux personnes autorisées. |   |  |
| □ Laboratoire <input type="checkbox"/> Pharmacie, laquelle : .....   |   | □ Domicile   |
| ► N° Sécurité Sociale : .....  |   |  |
| Caisse : .....   | Centre : .....                              |  |
| ► Nom de la Mutuelle : .....   | N° AMC / télétrans : .....                  |  |
| Numéro d'adhérent : .....  | Fin de droit : .....                        |  |

### Renseignements cliniques et thérapeutiques

► Date de recueil : ..... / ..... / ..... ► Heure de recueil : ..... H .....

Cocher :

► Conservation de l'échantillon ?

Flacon conservé à température réfrigérée (2-8°C), pendant une **durée maximale de 24h**.

► Présentez-vous les signes suivants ?

Ecoulement génital :  NON  OUI

Examen dans le cadre d'un dépistage IST (infection Sexuellement Transmissible) :  NON  OUI

Brûlure/gêne en urinant (dysurie) :  NON  OUI

Envie fréquente d'uriner (pollakiurie) :  NON  OUI

► Traitements :

Traitements prévu :  NON  OUI, Lequel : .....

Traitements en cours :  NON  OUI, Lequel : .....

Contrôle après traitement :  NON  OUI, Lequel : .....

Unilabs et ses filiales traitent vos données à caractère personnel afin de vous permettre de consulter vos résultats en ligne et de vous envoyer le cas échéant des e-mails informatifs sur des sujets de santé publique. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données à caractère personnel et pour exercer vos droits, veuillez-vous reporter à notre politique de confidentialité (<https://unilabs.fr/Protection-des-donnees>).