



# 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 débiter 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** : ☐ M ☐ 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 reconnais que mon adresse e-mail est personnelle, sécurisée et accessible uniquement aux personnes autorisées.

☐ Laboratoire ☐ 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

► **Traitement** :

Traitement prévu : ☐ NON ☐ OUI, Lequel : .....

Traitement 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>).