Fiche de renseignements ECBU

Coller étiquette GED

Nom : **Prénom :**
Date de naissance : ……/…../…... **Sexe :** ❑ H ❑ F

Adresse :……
…… Téléphone : ……

Médecin traitant : ……....

Modalités de recueil :

Patient non appareillé :
- ❑ milieu de jet après toilette
- ❑ collecteur pédiatrique
- ❑ auto sondage, sondage aller-retour
- ❑ 1er jet (vérifier ordonnance si recherche autre que ECBU)

Patient appareillé :
- ❑ poche ❑ sonde à demeure

Date du recueil : ……/…../…...
Heure du recueil : ……H……

Transfert sur tube conservateur :
- ❑ non **=> à transmettre dans les 2H max**
- ❑ oui, heure du transfert : ……H……
  => à transmettre dans les 48H max

Transmission des résultats :
- ❑ lien sécurisé Internet ❑ au labo ❑ postés
- ❑ pharmacie : ……..

Renseignements cliniques :
- ❑ bilan pré opératoire
- ❑ contrôle après traitement
- ❑ malformation connue de l'appareil urinaire
- ❑ chirurgie récente de l'appareil urinaire
- ❑ suivi urologique
- ❑ grossesse
- ❑ diabète
- ❑ chimiothérapie
- ❑ immunodépression
- ❑ greffe rénale
- ❑ autres : ……

Symptomatologie :
- ❑ aucune
- ❑ fièvre depuis : ……
- ❑ frissons
- ❑ douleurs lombaires
- ❑ brûlures
- ❑ sang dans les urines
- ❑ envie fréquente d'uriner
- ❑ incontinence
- ❑ urines malodorantes
- ❑ troubles digestifs

Prise récente d'antibiotiques avant le recueil :
❑ non ❑ oui, si oui, lequel : ……..
Début traitement : ……/…../…...
Fin du traitement : ……/…../…...

Antibiotique prescrit après le recueil :
❑ non ❑ oui, si oui, lequel : ……..

Fiche de renseignements ECBU

Coller étiquette GED

Nom : **Prénom :**
Date de naissance : ……/…../…... **Sexe :** ❑ H ❑ F

Adresse :……
…… Téléphone : ……

Médecin traitant : ……....

Modalités de recueil :

Patient non appareillé :
- ❑ milieu de jet après toilette
- ❑ collecteur pédiatrique
- ❑ auto sondage, sondage aller-retour
- ❑ 1er jet (vérifier ordonnance si recherche autre que ECBU)

Patient appareillé :
- ❑ poche ❑ sonde à demeure

Date du recueil : ……/…../…...
Heure du recueil : ……H……

Transfert sur tube conservateur :
- ❑ non **=> à transmettre dans les 2H max**
- ❑ oui, heure du transfert : ……H……
  => à transmettre dans les 48H max

Transmission des résultats :
- ❑ lien sécurisé Internet ❑ au labo ❑ postés
- ❑ pharmacie : ……..

Renseignements cliniques :
- ❑ bilan pré opératoire
- ❑ contrôle après traitement
- ❑ malformation connue de l'appareil urinaire
- ❑ chirurgie récente de l'appareil urinaire
- ❑ suivi urologique
- ❑ grossesse
- ❑ diabète
- ❑ chimiothérapie
- ❑ immunodépression
- ❑ greffe rénale
- ❑ autres : ……

Symptomatologie :
- ❑ aucune
- ❑ fièvre depuis : ……
- ❑ frissons
- ❑ douleurs lombaires
- ❑ brûlures
- ❑ sang dans les urines
- ❑ envie fréquente d'uriner
- ❑ incontinence
- ❑ urines malodorantes
- ❑ troubles digestifs

Prise récente d'antibiotiques avant le recueil :
❑ non ❑ oui, si oui, lequel : ……..
Début traitement : ……/…../…...
Fin du traitement : ……/…../…...

Antibiotique prescrit après le recueil :
❑ non ❑ oui, si oui, lequel : ……..

DYNABIO – PR-01EN00205 V5 17-03-2022