



## Préconisations pour une analyse d'urines

Recueil d'urines à effectuer si vous n'avez pas uriné depuis au moins 4 heures.

Cas particulier des analyses d'urines sur premier jet pour la recherche de Chlamydiae, gonocoque et/ou mycoplasmes : miction matinale ou continence > 2h

Scannez  
le QR code  
pour découvrir  
la notice



### RECUEIL URINAIRE ECBU

Comment faire ?

#### 1- Recueil

- 1 Lavez-vous  
soigneusement  
les mains



- 2 Effectuez  
une toilette  
intime (avec  
une lingette  
nettoyante)



- 3 Débouchez  
le flacon\* et  
posez le à  
l'envers sur  
une surface  
propre



- 4 Commencez  
à uriner le 1er jet  
dans les toilettes



Puis dans le flacon  
sans dépasser  
le niveau "MAX"

- 5 Revissez  
le bouchon  
à fond



*\*Ne jamais toucher l'intérieur  
du flacon ou du bouchon*

DOCURIECBUKRVA6

IDENTIFIER LE FLACON AVEC NOM, PRENOM ET DDN

COMPLETER LE BON AU VERSO

A acheminer le plus rapidement possible au laboratoire



UNILABS BIOGEN  
46 rue Marcel Lefevre  
27700 Les Andelys

## Préconisation patients - Recueil d'urine pour un ECBU

C2-INS-008

Version : 5

Applicable le : 27-06-2025



## Renseignements administratifs et cliniques

Sexe : ☐ M ☐ F

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom (s) : .....

Né(e) le : ...../...../..... à .....

INS : .....

Tél. portable : .....

E-mail : .....

☐ J'accepte de recevoir des informations du Laboratoire Unilabs ou de ses prestataires par e-mail et la mise en ligne de mes résultats sur la plateforme sécurisée Kiro.

Adresse : .....

### IDENTITE CONTROLEE :

☐ Carte d'identité ☐ Livret de famille ☐ Extrait acte de naissance ☐ Titre de séjour ☐ Passeport ☐ Non

### DEMANDE DE TIERS-PAYANT

Si Maternité : DDG : ...../...../.....

N° S.S. : .....

Nom assuré(e) : .....

Mutuelle (N° Préfect./AMC ; date de validité) : .....

Ordonnance renouvelable au labo du : ..... ☐ Ordonnance à suivre

### Transmission des résultats :

☐ Internet (Formule kiro obligatoire) ☐ A poster ☐ Au laboratoire ☐ Au cabinet IDE ☐ Transmis IDE

☐ A faxer au : .....

☐ A transmettre également au Médecin traitant : .....

Si vous ne souhaitez pas que vos résultats d'analyses soient transmis à un professionnel de santé autre que le médecin prescripteur, cochez la case suivante : ☐

Date et heure de prélèvement : ...../...../..... à ..... h .....

☐ Flacon conservé à température ambiante (15-25°C) pendant une durée inférieure à 2h.

☐ Flacon conservé à température réfrigérée (2-8°C), pendant une durée inférieure à 24h.

Mode de recueil : ☐ Deuxième jet (=milieu de jet)

☐ Premier jet (=1° gouttes)

☐ Par sondage : type de sonde utilisée : ..... ; préleveur : .....

### Renseignements cliniques :

☐ Absence de symptômes urinaires

☐ Bandelettes urinaires positives

☐ Envie fréquente d'uriner

☐ Douleurs en urinant

☐ Fièvre

☐ Douleurs lombaires

☐ Grossesse

☐ Bilan préopératoire

Votre médecin vous a-t-il prescrit un antibiotique ? ☐ Non

☐ Oui (lequel : .....

☐ Antibiotique non encore débuté

☐ En cours

☐ Terminé depuis le : .....