



Votre médecin vous a prescrit un prélèvement URETRAL

Nous vous remercions de respecter les recommandations suivantes :

- 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

Le prélèvement urétral peut être réalisé par écouvillonnage ou par recueil du 1^{er} jet urinaire (1^{ère} miction du matin ou continence d'au moins 2 h).

Consommables nécessaires :

- Ecouvillon COPAN, **bouchon ROSE** (Gram, culture, PCR multiplexe) Ou,
- Flacon spécifique pour recueil d'urines avec canule de transfert
- Tubes secs bouchon **BLANC** (cytologie, Gram, PCR multiplexe)
- Tubes CCM (bouchon **JAUNE** (culture)

1 / Prélèvement par écouvillonnage

- Installer le patient :
 - Homme : en position assise.
 - Femme : en position gynécologique, talons dans les étriers.

Écouvillonnage du méat urétral, sur les 2 premiers cm avec un mouvement de rotation :

- Ecouvillon **bouchon ROSE** : décharger vigoureusement l'écouvillon dans le milieu de transport puis l'éliminer.

2 / Recueil du 1^{er} jet urinaire :

- Recueillir le premier jet d'urine (environ 10-30 ml) dans le flacon spécifique et le refermer soigneusement.
- Transfert en tubes : avant transfert, homogénéiser le flacon par au moins 5 balancements latéraux
 - Percuter deux tubes **BLANC** puis,
 - Percuter un tube **JAUNE**
- Homogénéiser délicatement les tubes par au moins 8 à 10 retournements

Identifier les échantillons avec Nom, Prénom, Date De Naissance.

Noter la **date**, l'**heure** du prélèvement, l'**aspect des sécrétions** et les **renseignements cliniques et thérapeutiques** +

Conservation pré-analytique :

A 2-8°C :

- Tubes bouchon **BLANC** et **JAUNE** : $\leq 24h$
- Ecouvillon **bouchon ROSE** $\leq 48h$



Votre médecin vous a prescrit une recherche de Chlamydia – Gonocoque dans le 1^{er} jet d'urine

Nous vous remercions de respecter les recommandations suivantes :

- 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

Consommables nécessaires :

Flacon spécifique pour recueil d'urines avec canule de transfert

Tube sec bouchon **BLANC** (cytologie, Gram, PCR multiplexe)

- Recueillir le premier jet d'urine environ 10-30 ml (1^{ère} miction du matin ou continence d'au moins 2h) dans le flacon spécifique et le refermer soigneusement.
- Transfert en tube : avant transfert, homogénéiser le flacon par au moins 5 balancements latéraux
 - Percuter un tube **BLANC**,
- Homogénéiser délicatement le tube par au moins 8 à 10 retournements

Identifier l'échantillon avec Nom, Prénom, Date De Naissance.

Noter la **date**, l'**heure** du prélèvement et **les renseignements cliniques et thérapeutiques** :

Conservation pré-analytique :

A 2-8°C :

- Tube bouchon **BLANC** : ≤ 48h

**Votre médecin vous a prescrit un prélèvement ANO-RECTAL
dans le cadre d'un dépistage IST**

Consommables nécessaires :

- Ecouvillon COPAN, **bouchon ROSE** (PCR multiplexe)

Prélèvement par écouvillonnage

Écouvillonnage ano-rectal sur les 2 premiers cm avec un mouvement de rotation.

- Ecouvillon **bouchon ROSE** : décharger vigoureusement l'écouvillon dans le milieu de transport puis l'éliminer.

Identifier l'échantillon avec Nom, Prénom, Date De Naissance.

Noter la **date**, l'**heure** du prélèvement et **les renseignements cliniques et thérapeutiques** :

Conservation pré-analytique :

A 2-8°C :

- Ecouvillon **bouchon ROSE** ≤ 48h

Renseignements (obligatoire) :



Nom : Prénom :
Nom de naissance :
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Adresse :
Tél portable :
E-mail :

Résultats : ☐ Par internet ☐ Remis au laboratoire ☐ Postés

N° Sécurité Sociale :
Caisse : Centre :
Nom de la Mutuelle : N° AMC / télétrans :
Numéro d'adhérent : Fin de droit :

Ces renseignements sont impératifs pour une interprétation correcte

- ☐ Identifier les échantillons avec Nom, Prénom, Date De Naissance. Noter l'aspect des sécrétions et les **renseignements cliniques et thérapeutiques.**

☐ Écoulement génital

☐ Dysurie

☐ Pollakiurie

☐ Dépistage IST ?

☐ S'agit-il d'un examen prescrit après un traitement antibiotique ?

- Si Oui, Lequel ?

- Débuté le ?

- Arrêté le ?

☐ S'agit-il d'un examen prescrit en cours de traitement antibiotique ?

- Si Oui, Lequel ?

- Débuté le ?

- Arrêté le ?

☐ Le médecin a-t'il prescrit un traitement antibiotique à commencer après le prélèvement ? Si Oui, lequel ?

- Pendant combien de jours ?

- Lequel :

- Débuté le

- Arrêté le

► Date de recueil ► Heure de recueil :

☐ Préciser le site anatomique prélevé : 1er jet / urètre :