



UNILABS BIOGEN  
46 rue Marcel Lefevre  
27700 Les Andelys

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

C2-INS-026

Version : 1

Applicable le : 01-10-2025



### Renseignements administratifs

- Nom : ..... - Prénom : .....

- Nom de naissance : ..... - Sexe :  F  H

- Date de naissance : ..... / ..... / ..... - Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Ville : .....

N° de téléphone : ...../...../...../.....

► 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 . Je reconnais que mon adresse e-mail est personnelle, sécurisée et accessible uniquement aux personnes autorisées.

-  Repris au laboratoire -  Posté

- N° Sécurité Sociale : .....

Caisse : ..... Centre : .....

Nom de la Mutuelle : ..... - N° AMC / télétrans : .....

Numéro d'adhérent : ..... - Fin de droit : .....

### 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.

Date : ..... / ..... / ..... Heure : ..... / .....

### Renseignements cliniques et thérapeutique

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

**La patiente présente-t-elle 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

**Antibiotique :**

Traitemen prévu :  NON  OUI, Lequel : .....

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

Contrôle aprés Traitemen :  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>).