



# **PRECONISATION PATIENT** **RECUEIL D'URINE POUR ECBU**

## **PROTOCOLE DE PRELEVEMENT**

Le prélèvement s'effectue sur **flacon stérile disponible au laboratoire ou à la pharmacie**.

Il est préférable de recueillir **les urines du matin**. Dans l'urgence, le recueil peut se faire à tout moment de la journée, **de préférence 3 à 4h après la miction précédente**.

- 1- Se **laver les mains**.
- 2- Faire **une toilette intime soigneuse** à l'aide d'une lingette désinfectante ou à l'aide d'un savon antiseptique.
- 3- **Prélèvement :**
  - Commencer à uriner dans les toilettes.
  - Recueillir **le milieu du jet** dans le flacon stérile.
  - Finir d'uriner dans les toilettes.
- 4- **Revisser correctement** le flacon.
- 5- Identifier le flacon avec votre **nom, prénom et date de naissance**.
- 6- **Mettre le flacon dans le sachet, sceller le sachet**, mettre cette fiche complétée dans la pochette kangourou avec la prescription.  
**Conserver le sachet contenant les urines au réfrigérateur** jusqu'au dépôt au laboratoire ou à la pharmacie qui doit être fait le **plus rapidement possible**.



**Merci de compléter les informations en rouge sur le questionnaire au verso qui sont indispensables à la prise en charge de votre échantillon.**



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>).

**IMPORTANT** !**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS****IMPORTANT** !► **Nom** : ..... ► **Prénom** : ..... ► **Sexe** : ☐ H ☐ 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** : .....**IMPORTANT** !**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES****IMPORTANT** !► **Date de recueil** : ..... / ..... / ..... ► **Heure de recueil** : ..... H .....► **Prélèvement effectué** : ☐ au laboratoire ☐ à domicile► **Conservation de l'échantillon ?**☐ 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**.► **Modalité de recueil ?**Recueil par émission d'urine directement dans le pot : ☐ OUIRecueil sur sonde à demeure : ☐ OUIRecueil sur sondage aller-retour : ☐ OUIRecueil sur poche bébé (urinocol) : ☐ OUI► **Présentez-vous les signes suivants ?**Brûlure/gêne en urinant (dysurie) : ☐ OUIEnvie fréquente d'uriner (pollakiurie) : ☐ OUIDouleur lombaire : ☐ OUIFièvre : ☐ OUIAutre symptôme : ☐ OUI, lequel : .....► **Antibiotique** :Traitement prévu : ☐ OUI, Lequel : .....Traitement en cours : ☐ OUI, Lequel : .....Contrôle après traitement : ☐ OUI, Lequel : .....► **Motifs ?** :Avant consultation spécialiste : ☐ OUI Avant consultation chirurgie : ☐ OUIAutre motif : ☐ OUI, lequel : .....► **Etes-vous ?** :Enceinte : ☐ OUI En période de règles : ☐ OUI Diabétique : ☐ OUI**IMPORTANT** !**CADRE RESERVE AUX IDELS ET ETABLISSEMENTS DE SOINS****IMPORTANT** !► **Heure de percutage des urines** : ..... H ..... ► **VISA** : .....