



RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : CBU- CHIMIE URINAIRE

Ne pas oublier de joindre l'ordonnance

**Noter sur l'étiquette votre nom, prénom
ainsi que la date et l'heure à laquelle vous avez effectué le recueil
Reporter le flacon dans les plus brefs délais**

Nom :Prénom:

Nom de naissance :.....Date de naissance/...../.....

Adresse :.....

N° SS Centre.....

Mutuelle (photocopie carte)

Date de prélèvement :/...../..... Heure :.....

Transmission des résultats : A poster au laboratoire Internet

Tubes spécifiques (bouchons jaune et blanc) à T°C ambiante : oui non absent

Flacon sans conservateur (gros bouchon jaune) au frigo : oui non absent

Renseignements Cliniques :

Avez-vous des brûlures lorsque vous urinez ? oui non

Avez-vous envie d'uriner fréquemment ? oui non

Avez-vous des douleurs lombaires ? oui non

Avez-vous mal au ventre ? oui non

Avez-vous de la fièvre ? oui non

Avez-vous déjà fait une pyélonéphrite ? oui non

Terrain particulier :

Immunodépression : chimiothérapie et immunosuppresseurs oui non

Grossesse : oui non

Diabète : oui non

Hypertension : oui non

Maladie rénale chronique : oui non

Antibiotique en cours oui non

Si oui lequel ?.....

Contrôle après traitement oui non

Du/...../..... au...../...../.....

Antibiotique à venir oui non

Contrôle avant chirurgie oui non

Autres :

Mode de recueil particulier :

Miction ? oui non

Si oui : 1^{er} Jet Milieu de jet

Sondage évacuateur ? oui non

Sonde à demeure ?: oui non

Collecteur ? oui non

durée de pose h

Partie réservée au laboratoire :

Date et heure de réception :

/ Opérateur :

Ordonnance ? oui non

Flacon ? oui non

Tubes : oui non

Conforme ? oui non